

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

Título:

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial
sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Boa
Passagem, Caicó/RN**

Marta Mirailis Hernandez Perez

Pelotas, 2015

MARTA MIRAILIS HERNANDEZ PEREZ

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Boa Passagem, Caicó/RN

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância UFPel/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

P438m Perez, Marta Mirailis Hernandez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Boa Passagem, Caicó/RN / Marta Mirailis Hernandez Perez; Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

110 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Jaccottet, Cleusa Marfiza Guimarães, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

- ❖ Agradeço a Deus por estar sempre comigo, iluminando meu caminho, guiando meu coração e me dando forças para seguir adiante;
- ❖ A minha família, por ser a razão e a motivação da minha vida, pela sua compreensão, amor e apoio incondicional;
- ❖ A minha orientadora, Dra. Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet, pelo seu acompanhamento, pelas suas orientações, pela parceria, pela sua paciência e por contribuir no meu aprendizado durante o desenvolvimento do Curso;
- ❖ Ao Programa Mais Médicos, por ter me dado a oportunidade de conhecer este lindo país, que é o Brasil e de ajudar com o meu modesto trabalho à população mais necessitada;
- ❖ A população por nós atendida, pelas demonstrações diárias de gratidão e carinho;
- ❖ A minha equipe, porque sem o trabalho em conjunto não seria possível desenvolver a nossa função como profissionais.

E a todos aqueles, que de alguma forma, ajudaram no desenvolvimento deste trabalho, e para meu crescimento profissional,

MUITO OBRIGADA!

Resumo

HERNÁNDEZ, Pérez Marta Mirailis. Título:. Melhoria da atenção aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde Boa Passagem, Caicó/RN. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

No Brasil, o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial (HAS) constituem a primeira causa de hospitalizações e mortes por complicações, acarretando alto custo para o Sistema Único de Saúde/SUS, além de diminuir a qualidade de vida de pacientes e familiares, influenciando negativamente na dinâmica familiar. Estas duas doenças têm fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis. O trabalho na Atenção Primária é fundamental para a prevenção e promoção de mudanças no modo e estilo de vida destes pacientes. Com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida dos usuários hipertensos e/ou diabéticos atendidos na Atenção Primária de Saúde na Unidade Básica de Saúde Boa Passagem, localizada no município de Caicó/RN, durante três meses do ano de 2015 foi desenvolvida uma intervenção para ajudar no aperfeiçoamento da atenção destes pacientes. Para alcançar os objetivos, estipulamos como meta, cadastrar 80% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes da UBS, além de realizar ações para este grupo com base no protocolo do Ministério da Saúde. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos na UBS. Apesar de não termos conseguido atingir todas as metas traçadas, os resultados demonstraram a importância da necessidade deste tipo de projeto de intervenção na ESF para o correto cumprimento dos protocolos de atendimentos dos indivíduos hipertensos e diabéticos e de outros grupos. Os objetivos e as metas foram monitorados com os indicadores de cobertura e de qualidade. Ao final de três meses de intervenção, conseguimos cadastrar 37% dos hipertensos e 57% dos diabéticos. Através das ações desenvolvidas, estimulamos as práticas saudáveis, visando à promoção da saúde e prevenção de agravos, também reforçamos a importância do acompanhamento e monitoramento sistemático para evitar as complicações da hipertensão e diabetes. Porém, o projeto não termina aqui, este passo foi somente o começo na busca de uma saúde consciente e responsável, onde todos devem cumprir com as suas atribuições, para conseguirmos mudanças no modo e estilo de vida, visando melhorar a sua qualidade de vida. A intervenção já está incorporada à rotina do nosso serviço e todas as ações continuam se desenvolvendo tendo como base o nosso projeto.

Palavras-chave: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SAÚDE DA FAMÍLIA; PROMOÇÃO DE SAÚDE; HIPERTENSÃO; DIABETES; AVALIAÇÃO DE SERVIÇO.

Lista de Figuras

Figura 1a,b	<i>Fotografia avaliação clínica dos pacientes hipertensos e diabéticos</i>	
Figura 2	<i>Fotografia consulta médica paciente hipertenso</i>	
Figura 3	<i>Fotografia da Ficha espelho para cadastro</i>	
Figura 4	<i>Fotografia demonstrando forma de organização dos cadastros</i>	
Gráfico1	<i>Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Caicó/RN 2015</i>	
Gráfico2	<i>Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o Protocolo. Caicó/RN 2015.</i>	
Gráfico3	<i>Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Caicó/RN 2015.</i>	
Gráfico4	<i>Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia priorizada. Caicó/RN 2015.</i>	
Gráfico5	<i>Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Caicó/RN 2015.</i>	
Gráfico6	<i>Proporção de hipertensos faltosos às consulta com busca ativa. Caicó/RN 2015.</i>	
Gráfico7	<i>Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na Unidade de Saude Boa Passagem. Caicó/RN 2015.</i>	
Gráfico8	<i>Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o Protocolo. Caicó/RN 2015.</i>	
Gráfico9	<i>Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Caicó/RN 2015.</i>	
Gráfico10	<i>Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia priorizada. Caicó/RN 2015.</i>	
Gráfico11	<i>Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Caicó/RN 2015.</i>	
Gráfico12	<i>Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Caicó/RN 2015.</i>	

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CeD	Consulta de crescimento e desenvolvimento das Crianças
ACS	Agente Comunitário da Saúde
EaD	Especialização a Distância
ESB	Equipe Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
SUS	Sistema Único de Saúde
IEL	Instituto Euvaldo Lodi

SUMÁRIO

Apresentação.....	10
1. Análise situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre situação de ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário Comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
2 Análise Estratégica.....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e Metas.....	25
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das Ações.....	28
2.3.2 Indicadores.....	57
2.3.3 Logística.....	65
2.3.4 Cronograma.....	71
3 Relatório da Intervenção.....	73
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	75
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	77
3. Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	78
3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços.....	79
4. Avaliação da intervenção.....	80
4.1. Resultados.....	80
4.2. Discussão.....	98
5. Relatório da intervenção para a equipe.....	102

6. Relatorio da intervenção para o serviço.....	102
7. Relatorio de intervenção para a comunidade.....	105
8. Referências.....	108
9. Anexos.....	111

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, EaD, da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. O projeto de intervenção foi desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde de Boa Passagem, município Caicó, Estado Rio Grande do Norte, visando a qualificação da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na Atenção Primária de Saúde e foi realizado durante doze semanas do ano de 2015. O volume engloba a Análise Situacional e Análise Estratégica Intervenção e Avaliação, e está organizado em quatro unidades, sendo a primeira relacionada à Análise Situacional, que está dividida em três subitens: Situação da ASP/ESF no serviço, Relatório da Análise Situacional e comparação dos dois itens referidos. A segunda parte trata da Análise Estratégica que contempla o Projeto de Intervenção com suas ações detalhadas. A terceira parte inclui o Relatório da Intervenção, no qual se apresentam as atividades realizadas. A avaliação da intervenção está descrita na quarta parte do volume, com a apresentação dos resultados e da evolução dos indicadores, além de uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem baseada na aquisição de conhecimento e nas experiências vividas durante o curso.

1. Análise Situacional

1.1 Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?

A situação da ESF/APS da Unidade Básica de Saúde (UBS) no momento da minha chegada era muito irregular. As consultas eram oferecidas por um profissional que só ficava uma hora por dia na UBS e tentava resolver os problemas da população de uma forma curativista. Na opinião dos membros da minha equipe, muitas coisas mudaram depois da chegada do Programa Mais Médicos principalmente relacionada com a qualidade dos atendimentos.

Após seis meses atendendo nessa UBS, o número de atendimentos aumentou consideravelmente e a qualidade das consultas também. Aperfeiçoamos o acolhimento dos usuários, implantamos as consultas dos grupos segundo o cronograma, acompanhamento pré-natal, seguimento do puerpério, consultas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, acompanhamento de diabéticos e hipertensos, saúde do idoso, saúde do homem, onde o atendimento é feito à noite (população que trabalha é atendida). A população quando era informada que tinha atendimento noturno começou a utilizar bastante este horário, principalmente para atenção médica.

Temos uma boa relação com a comunidade. Tratam-se de pessoas carentes e necessitadas de atenção. Todos os dias atendemos uma grande demanda, onde todos os grupos são atendidos pela equipe de profissionais composta por médicos, enfermeiras, cirurgião- dentista, agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem). Temos atividades educativas programadas com a população, de acordo com a celebração do mês para incentivar nossa população. Por exemplos, em janeiro realizamos prevenção e combate à Dengue; fevereiro prevenção das DST, com distribuição de preservativo na comunidade; março é o mês dedicado às mulheres, com consultas coletivas e individuais e palestra sobre câncer de mama e

útero. Nossa população participou ativamente de todos os momentos; em abril foram realizadas atividades com os trabalhadores do comércio durante os atendimentos noturnos; maio: dedicado às mães da nossa comunidade, com realização de exames preventivos de câncer do colo do útero, em conjunto com as enfermeiras, bem como palestras sobre como fazer autoexame das mamas, solicitação de mamografias para grupos de risco, etc.

Eu estou me sentindo bem aceita pela população onde desenvolvo meu trabalho e acho que juntos temos conseguido estabelecer um bom relacionamento entre o profissional médico e os pacientes. Com o início do programa, a população ganhou um médico mais próximo de casa, que fica na UBS durante dois turnos de consultas. Esse fato contribui para melhorar significativamente a qualidade de vida da população, para a redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade materna, redução dos agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis.

Os usuários hipertensos e diabéticos tem acesso à medicação gratuita, com disponibilidade supervisionada para que não fiquem sem o tratamento, todas essas ações são desenvolvidas com o objetivo de elevar a qualidade de vida da população. Durante este ano o município tem alcançado uma diminuição de internações hospitalares devido a realizações das ações de promoção e prevenção acima citadas.

2.2 Relatório da Análise Situacional

Este relatório apresenta as ações desenvolvidas pela Equipe após a minha inserção através do Programa Mais Médicos (PMM), na Unidade Básica de Saúde do Bairro Boa Passagem, Município de Caicó, no Estado do Rio Grande do Norte.

Caicó é um município brasileiro localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte, localizado na microrregião do Seridó ocidental, na região centro sul do estado, distando 256 km da capital estadual, Natal. Atualmente, tem uma população total de 67 000 habitantes.

Com relação ao Sistema de Saúde Pública, Caicó conta com 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com modalidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que destas, três são tradicionais, uma tem disponibilidade de Núcleo de Apoio

à Saúde da Família (NASF), com os seguintes profissionais: assistente social, psicologia, educador físico, farmacêutico e fisioterapeuta. Não dispomos de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Temos disponibilidade de atenção especializada para 14 especialidades com os serviços de geriatria, neurologia, cardiologia, ginecologia, otorrinolaringologia, ortopedia, psicologia, oncologia, urologia oftalmologia, endocrinologia, pneumologia, infectologia e dermatologia. O município dispõe de três hospitais, sendo que um é Hospital Público Estadual de pequeno porte, apresentando 138 leitos (Hospital Regional), um Hospital Filantrópico, com 150 leitos (Hospital do Seridó), e o Hospital Oncológico de natureza filantrópica, com 100 leitos (Liga do Câncer).

Temos uma central de marcação e regulação de consultas, na qual são marcados os procedimentos de média a alta complexidade para outros níveis de atenção ou para ser feitos fora do município. Em geral contamos com boa disponibilidade de exames laboratoriais, como, por exemplo, na área de imunologia, área de microbiologia, área de bacteriologia, análise de produto (água para consumo humano), pesquisa de coliformes totais, pesquisas de coliforme termo tolerantes e de turbidez. É importante apontar que existe excesso de demanda para especialidades e para a realização de exames laboratoriais e que ainda o município não tem encontrado uma alternativa que possa solucionar esta problemática.

Eu desempenho meu trabalho como Médica Especialista em Medicina Geral Integral na Unidade Básica de Saúde do Bairro Boa Passagem, localizada na Avenida Rui Mariz, S/N. O bairro da Boa Passagem localiza-se na Zona Norte de Caicó, com aproximadamente 7.000 habitantes, onde a maioria da população reside em casas de alvenaria, em ruas sem calçamento e sem saneamento básico, com renda familiar média entre um e dois salários mínimos e baixo nível socioeconômico, e apenas uma pequena minoria tem convenio com plano de saúde.

Apesar de se ter uma realidade social e econômica que caracteriza a grande maioria, é importante destacar que algumas microáreas distinguem-se dessa realidade apresentando melhores níveis educacionais, sociais e econômicos.

A UBS abriga duas Equipes de Estratégias de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal (ESB). Quanto aos recursos humanos, ambas as equipes possuem um enfermeiro, um médico, dois técnicos de enfermagem e seis agentes

comunitários de saúde, um odontólogo e uma auxiliar de consultório dentário. Contamos ainda com um auxiliar de serviços gerais, uma recepcionista, uma diretora e duas estagiárias do Curso de Formação de Técnicas de Enfermagem do Programa de Estágio da IEL (Instituto Euvaldo Lodi). Minha equipe de saúde atende uma área de abrangência de aproximadamente 3000 habitantes. E o projeto de intervenção foi desenvolvido por todos os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência atendida pela minha equipe, sendo que a outra parte da população, pertencente a á outra equipe, com os pacientes hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência atendida pela minha equipe, sendo que a outra parte da população não participou do projeto pelo fato de que o medico atendente tem um horário diferenciado e um desenvolvimento diferente do seu trabalho no SUS. Fizemos algumas tentativas para conseguir a inserção dessa equipe no projeto para o benefício da comunidade e o trabalho em conjunto, mais não deu certo. O número de HTA com 20 anos ou mais residentes são 622 pacientes, em quanto a Diabetes Mellitus, temos 178 pacientes maiores de 20 anos residentes na área. Toda minha equipe participou do projeto.

Com relação à estrutura física, a unidade possui quatro consultórios, sendo dois para os médicos e dois de enfermagem; uma recepção; dois banheiros para população, um masculino e um feminino; uma sala de espera; uma sala de triagem; uma sala para nebulização e administração de medicamentos; uma sala de curativos; uma farmácia; uma sala de vacina; uma copa, três banheiros para funcionários e uma sala para dar entrada no sistema de regulação médica. A Unidade possui rampas de acesso e portas largas que garantem acessibilidade para cadeirantes e deficientes físicos, mas ainda apresenta algumas barreiras arquitetônicas, sob as quais temos que trabalhar. Ela é adequada para o acesso de pessoas deficientes, mas não existem cadeiras de rodas à disposição dos mesmos.

A população da área de abrangência é numerosa (7.000 habitantes total das duas equipes de saúde) e extremamente dependente do Sistema Único de Saúde, consequentemente da Unidade Básica de Saúde, além de ter uma cultura por procura intensa da terapêutica medicamentosa mesmo quando desnecessária. Como resultado, a UBS recebe diariamente uma quantidade grande de pessoas em busca dos serviços oferecidos e principalmente por consultas médicas, e pelo fato

do outro profissional médico ter um horário diferenciado e não permanecer na Unidade em tempo integral me gera uma sobrecarga de atendimentos.

Em relação à população da área adstrita, posso dizer que nossa área está composta por um total de 3000 habitantes, em aproximadamente 1095 famílias, sendo que 1932 são pessoas de 15 a 59 anos e 324 pessoas maiores de 60 anos. Temos 991 mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos. Existem 45 gestantes cadastradas, sendo 18 menores de 20 anos e contamos com 44 crianças menores de 1 ano. Esta população está dividida em seis microáreas, cada uma delas acompanhada por um agente comunitário de saúde, que realiza o controle das problemáticas de sua população e nos trás para discussão os casos necessários.

Tivemos um caso de hanseníase no último mês de tratamento e um caso de tuberculose que já terminou tratamento. Também temos em nossa área 25 usuários acamados, sendo na sua maioria idosos, com amputação de membros por pé diabético, outros apresentam úlceras de membros inferiores e/ou presença de escaras em alguma parte do corpo, além de pacientes com sequelas de AVC e quatro pacientes em estado avançado de doenças terminais.

Todos os dias são desafiantes para a assistência de enfermagem e clínica médica devido ao excesso de demanda que temos diariamente na Unidade Básica de Saúde. Esse excesso é fundamentalmente de usuários residentes na área de cobertura da UBS. A equipe tem uma carga horária de 40 horas, a minha exceção, que cumpro uma carga horária de 32 horas, porque temos 8 horas para atividades da Especialização em Saúde da Família, além do atendimento noturno uma vez ao mês. Durante o cumprimento das 8 horas diárias de jornada de trabalho na ESF, são realizados atendimentos em duas sessões: de manhã e de tarde segundo o calendário de atendimentos, para dar cumprimento aos programas da APS. Realizamos consultas de Crescimento e Desenvolvimento da criança (CeD), de Acompanhamento a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Acompanhamento Pré-natal, Planejamento Familiar, Saúde ao paciente Idoso, Visitas Domiciliares e consultas de Demanda Livre ou espontânea. Temos consultas feitas pelo agendamento e consultas que não precisam estar agendadas para serem atendidas. As doenças mais frequentes são hipertensão arterial, diabetes mellitus e o pé

diabético como complicação mais frequente, infecções respiratórias altas, doenças do sistema musculo esquelético e síndromes ansioso-depressivos.

Na minha Unidade de Saúde temos uma boa relação com a comunidade. Tratam-se de pessoas carentes e necessitadas de atenção. A equipe escuta, acolhe, avalia e orienta cada indivíduo e este é atendido no dia ou é informado com amabilidade para retornar outro dia ou procurar o pronto socorro ou pronto atendimento, se for necessário. É importante apontar que nunca temos negado o atendimento ao usuário que tem chegado espontaneamente precisando de nosso serviço. O acolhimento é realizado por todos os profissionais que trabalham na UBS. Esta funciona nos turnos da manhã e tarde, aonde a população chega e tem as suas necessidades escutadas e com a certeza de que vamos tentar resolve-la.

A equipe conhece e utiliza a avaliação e classificação de risco biológico e de vulnerabilidade social para definir encaminhamento da demandada pessoa. O tempo estimado de espera dos para os atendimentos em geral é entre 10 e 15 minutos. No caso de demanda espontânea em crianças e pacientes idosos, o atendimento é feito no menor tempo possível. O bom funcionamento da equipe é uma realidade diária, que possibilita satisfazer as necessidades do usuário e contribuem para a qualidade do cuidado oferecido à população.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças crônicas não transmissíveis com grande incidência e importantes fatores de risco cardiovascular. Estas patologias podem ser controláveis pela adoção de medidas preventivas realizadas na atenção primária, e devem ser tratadas de forma articulada, porque há uma grande sobreposição, frequentemente os diabéticos são também hipertensos, e ambas as doenças acometem populações de faixas etárias similares.

Intervir na busca da melhoria da situação dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa UBS irá garantir um adequado controle destas doenças, evitando as complicações. As doenças cardiovasculares e as complicações do diabetes e da hipertensão se configuram como principais causas de óbito no Brasil (IBGE, 2014; Ministério da Saúde, 2014)

Quanto à estimativa do número de HAS com 20 anos ou mais residentes na área de cobertura da UBS, contamos com 622 usuários hipertensos e 178 Diabetes Mellitus.

Temos feito um cronograma de atendimento para o programa de hipertensão e diabetes, um dia na semana, ou seja, todas as 4ª feiras, nos dois turnos. As consultas de acompanhamento são feitas por mim e pela enfermeira. Mas a equipe toda participa de forma ativa, ajudando na educação a população hipertensa e diabética, mediante conversas individuais, entrega de medicamentos, controle de pressão arterial, medição de glicose, entre outros, entretanto, há necessidade de atualização dos cadastros e melhorar o acompanhamento.

A Saúde da Criança foi a primeira ação programática estabelecida na Atenção Primária de Saúde e é um fator importante para a significativa redução da mortalidade infantil no país (ALFRADIQUE, 2014), neste contexto o objetivo de nosso trabalho foi traçado para reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil e prevenir as mortes por causas evitáveis, por meio da realização de ações nos serviços de saúde, tais como: a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Na UBS Boa Passagem, damos prioridade à atenção à criança até dois anos, prevista na Rede Cegonha, com o objetivo de melhorar o índice de mortalidade infantil e contribuindo com a valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral.

Na unidade realizamos os atendimentos de puericultura, segundo protocolo MS/2012. Os atendimentos são feitos para todos os grupos etários de crianças: menores de 12 meses, de 12 a 23 meses e de 24 a 72 meses. A puericultura é realizada dois dias da semana, nos dois turnos e é feita pela enfermeira e pela médica da UBS.

Procuram fazer as consultas de puericultura com a maior qualidade possível, sempre solicitando a Caderneta da criança, atualizando os dados na Caderneta e no prontuário, fazemos o exame físico completo, observamos o desenvolvimento das Curvas de peso, comprimento, circunferências cefálica, o Calendário vacinal, o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, e avaliamos os sinais de risco nas Curvas de crescimento e desenvolvimento.

O sulfato ferroso é indicado para toda criança a partir de seis meses e até 18 meses. Durante a consulta vamos oferecendo toda informação para a mãe, identificamos os possíveis riscos das crianças, fazemos orientações de acordo aos riscos e no final agendamos sempre a consulta de retorno. Nossa UBS garante uma

visita domiciliar do agente de saúde e a enfermeira, à binômia mãe e recém-nascido no contexto da família, durante a primeira semana de vida, para orientação de todos os cuidados de ambos, bem como para orientar ações sobre: cuidados gerais do recém-nascido, importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, evitar acidentes no lar, estimular a presença do pai nos cuidados da mãe e a criança, indicar quando, como e onde fazer coleta de sangue para o teste do pezinho, teste de orelhinha e de olhinho, avaliar e indicar imunizações e agendar consulta com a médico na UBS.

Na unidade estamos realizando acompanhamento à saúde das pessoas idosas, tentando fazer o acompanhamento segundo o protocolo, entretanto mesmo com o apoio da equipe e a comunidade ainda não conseguimos implantá-lo de forma efetiva. Por enquanto nosso principal objetivo é continuar trabalhando neste sentido, buscando apoio dos representantes de assistência social, ACS, líderes informais da comunidade em conjunto com a estratégia de saúde da família e assim contribuir para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Contamos com a Caderneta do idoso e fazemos uso delas nas consultas de acompanhamento e consultas realizadas por outras causas, entretanto somente um 63% receberam e fazem uso da Caderneta. Ainda faltam muitos por fazer e também temos que expressar que ainda não contamos com o apoio de outras especializações para garantir uma atenção articulada que permita avaliar integralmente o paciente idoso. O atendimento dos idosos é registrado nos prontuários clínicos. A equipe trabalha com muito amor e dedicação para garantir uma boa qualidade de vida na população idosa da nossa área de cobertura. Na unidade é realizado o atendimento humanizado ao usuário idoso, sua saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida nesta etapa da vida.

Com relação ao pré-natal, fizemos atendimento dois dias na semana, as consultas são feitas pela enfermeira e por mim. São desenvolvidas ações fundamentais no cuidado da gestante para alcançar um adequado atendimento pré-natal e evitar as complicações que podem se apresentar durante a gravidez, o parto e o puerpério, como por exemplo, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, diagnóstico e tratamento de saúde bucal, controle de câncer de colo de útero

e mama, vacinas, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Os atendimentos das gestantes são registrados nos prontuários clínicos, cartão das gestantes, fichas de atendimento odontológico e fichas espelho de vacinas. Utiliza-se o cartão da gestante e sempre se explica à mesma o significado do posicionamento do peso na curva de ganho ponderal, a importância da avaliação de saúde bucal. Além disso, se recomenda a revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto. A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de gestantes no âmbito da UBS uma vez ao mês, onde participam a enfermeira, o médico e agentes comunitários. Temos conseguido grandes conquistas neste sentido e boa aceitação e participação do grupo de gestantes.

Desde o começo do Programa Mais Médico, temos realizado e continuamos realizando um trabalho importante, qualificado e constante, para detectar precocemente os cânceres de colo de útero e de mamas. Para o controle do câncer de mama, realizamos diariamente na UBS ações de rastreamento, seguindo o programa do Ministério de Saúde. Fazemos exame clínico das mamas nas consultas de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária, orientando sobre a importância da realização do autoexame de mamas, indicamos mamografia às mulheres entre 50 e 69 anos. Promovemos ações de saúde na população sobre os riscos associados à terapia de reposição hormonal, identificamos as mulheres no território que necessitem de atenção domiciliar, alertamos sobre os primeiros sinais e sintoma do câncer da mama. No caso de exame positivo, a mulher é encaminhada com prioridade para atenção especializada, neste caso para o Hospital Liga do Câncer do município.

Tentamos identificar, encaminhar e dar acompanhamento para 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. Segundo o Caderno de ações programáticas, na unidade temos um total de mulheres entre 50 e 69 anos, residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, com 100% de cobertura. Destas, 65% das mulheres da UBS, tem avaliação de risco para câncer de mama e 100% foram orientadas sobre as medidas de prevenção do câncer de mama, o qual é uma cifra muito positiva. Na unidade temos feito um ótimo trabalho em relação ao programa de prevenção do câncer de colo uterino. A

enfermeira faz exames preventivos um dia na semana, as mulheres são atendidas pelo agendamento prévio e por demanda espontânea. As coletas são feitas na unidade e entregues no laboratório. Só que o tempo para receber o resultado do exame é muito demorado, pode tardar três meses ou mais, dificultando um diagnóstico e uma conduta precoce.

Desenvolvemos ações de saúde, oferecendo informações sobre o câncer do colo do útero para todas as mulheres, ressaltando que o câncer do colo do útero é prevênível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem, em muitos anos. Procuramos trabalhar em equipe para rastrear todas as mulheres de 25 a 64 anos, para que compareçam a consulta para fazer exame preventivo, a cada três anos, além de atender todas as mulheres que apresentam sinais de alerta. Realizamos acompanhamento e encaminhamos para tratamento de todas as mulheres positivas, segundo o programa do Câncer do Colo do Útero.

Acredito que com um bom trabalho, conseguiremos realizar uma intervenção satisfatória e daremos solução a algumas das dificuldades, sendo importante seguir estudando e atuando nos diferentes processos de trabalho da UBS, fazendo um maior planejamento para diminuir as diversas dificuldades. É necessário conhecer a verdadeira realidade da comunidade, a fim de poder programar estratégias e ações capazes de contribuir com a melhora da sua qualidade de vida e também das nossas condições de trabalho, envolvendo os gestores municipais.

A Equipe de Saúde Bucal – ESB vem enfrentando um grande problema, o que tem dificultado o desenvolvimento da atenção programada e das ações coletivas em saúde bucal, porque desde o final do ano de 2013 e início de 2014, os atendimentos clínicos odontológicos foram comprometidos, porque a autoclave estragou, prejudicando a esterilização do material, e o compressor de ar também quebrou, por enquanto nos três primeiros meses desse ano não houve atendimento clínico odontológico.

Com relação às atribuições da equipe, na opinião dos meus colegas, muita coisa mudou após o início do Programa Mais Médico relacionado com a qualidade dos atendimentos e a cultura geral da população. Além do que do início no Programa Mais Médico até agora, o município tem alcançado uma diminuição de internações hospitalares, devido a realizações de ações de promoção e prevenção,

acima citadas. Em minha opinião, acho que nós conseguiremos incentivar a toda a equipe de saúde para realizarem outras atividades que ainda não estão sendo realizadas, especialmente o trabalho com os ACS, que são muito importantes para que a atenção primária à saúde alcance maior sucesso.

Minha equipe tem feito o mapeamento da área de atenção, com sinalização de comércios locais, igrejas, escolas e creches, contando com a participação do médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. São desenvolvidas ações como: identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, entre outras. Estas atividades são realizadas no domicílio, nas escolas e na creche que existe na área. As atividades realizadas nos domicílios são: consulta médica e de enfermagem, controle da hipertensão arterial, teste de glicemia capilar, curativos, vacinação, revisão puerperal, educação em saúde, entregas de medicamentos, trocas de sondas e seguimento diário do paciente com doença terminal.

Após de fazer o meu relatório pude comprovar que os maiores desafios que tenho pela frente são, em primeiro lugar, melhorar os indicadores de saúde do município, e, sobretudo, de minha população; segundo, fortalecer a prevenção e promoção da saúde, terceiro, diminuir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, trabalhando sobre os fatores de riscos, organizar os atendimentos dos pacientes idosos e garantir uma avaliação de risco, fazer promoção e captação para as consultas de puericulturas e pré-natal.

Comparando o Relatório atual da análise situacional que foi bastante exaustivo e detalhado e que foi realizado durante várias semanas em minha UBS, considero que com relação ao tema: “Qual a situação da ESF-APS em meu serviço”, eu acho que o meu relatório atual me oferece informações mais detalhadas das características e problemáticas da minha unidade. Por enquanto considero que existem diferenças nas abordagens das respostas. Agora eu tenho outra visão, mais aprofundada, das necessidades, e por outro lado algumas coisas mudaram neste período. Esta última análise aborda muitas temáticas que me permitiram refletir sobre a importância do conhecimento sobre minha população, e seus problemas, fatores de risco, condições culturais, econômicas e sociais, podendo observar

algumas potencialidades de mudanças como, por exemplo: a partir do novo cadastramento a equipe encontra-se muito mais engajada com a população adstrita, realizando a busca ativa daquelas pessoas que precisam de atendimento domiciliar, além de identificar e orientar a outros que precisam de atendimento de imediato. Estamos trabalhando forte para melhorar as formas de registros de todas as ações desenvolvidas na UBS, já foram reorganizados os arquivos para o armazenamento dos prontuários, mais ainda continuamos trabalhando neste sentido. Estamos melhorando a qualidade das reuniões da equipe, onde construímos a agenda de trabalho, organizamos os processos, discutimos casos clínicos que foram visto durante a semana e os casos que foram colocados pelos os ACS, intensificado e fortalecendo as ações educativas com a população. O bom funcionamento da equipe está sendo uma realidade diária, que possibilita satisfazer as necessidades do usuário e contribuem ao cuidado da saúde da população. Na minha opinião, temos ações de educação em saúde bem programadas e a população esta bem informada, só falta um pouco mais de participação da população e da gestão municipal, para conseguir todos os objetivos do programa e acho que toda a equipe está trabalhando neste sentido. Com a prática de nosso trabalho esperamos incentivar o surgimento da cultura de prevenção e promoção de saúde na população atendida, ajudando assim a melhorar o seus níveis de saúde e a sua educação geral. Afirmo minha satisfação em poder contribuir com o Programa Mais Médico e trabalhar para o alcance de seus objetivos, melhorando assim as condições de saúde e de acesso da população aos serviços médicos da localidade na qual estou inserida.

Avaliando nosso trabalho na unidade, podemos dizer que ainda falta muito por alcançar, mas toda a equipe esta trabalhando unida e os resultados tem sido favoráveis. Ainda continuamos trabalhado no planejamento familiar, na qualidade da consulta de puericultura para conseguir a excelência, na importância do aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade, os cuidados básicos do recém-nascido, evitar acidentes no lar, atendimentos a hipertensos, diabéticos, idosos, identificação de fatores de risco e pesquisa ativa de casos novos. Nas reuniões da equipe conversamos com os ACS para conhecer melhor as condições sociais e ambientais da população, para programar atividades em educação de saúde que contribuam para elevar a qualidade de vida dos usuários. E assim todos juntos

estamos desenvolvendo ações neste sentido. O trabalho em equipe é fundamental para superar nossas dificuldades, bem como o compromisso e o esforço realizado a cada dia para garantir uma atenção de qualidade e desenvolver os Programas segundo as orientações do MS.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

O texto inicial relata a situação da minha UBS durante a minha inserção no Programa Mais Médicos e aborda superficialmente como estava sendo desenvolvido o trabalho da equipe durante os meses seguintes após da minha chegada. Nesse momento eu ainda não tinha muito domínio sobre as características da população da área de abrangência da UBS. Posteriormente, com a realização da Análise Situacional, foi possível estudar e aprofundar mais o conhecimento sobre a minha população, facilitando assim o desenvolvimento do meu trabalho, as programações de consultas, os atendimentos domiciliares, a programação de atividades de promoção e prevenção de saúde segundo as descrições demográficas, os grupos de riscos e as pessoas com mais carências sociais. Em minha opinião, a confecção de uma boa análise situacional é uma ferramenta chave para conhecer a população e constitui uma ajuda significativa para o desenvolvimento de ações de saúde e de projetos de intervenções que possam elevar a qualidade de vida da população.

2. Análise Estratégica Projeto de intervenção

2.1 Justificativa

O diabetes e a hipertensão arterial sistêmica são importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2012). Com relação ao diabetes, segundo os órgãos de saúde internacionais, como a Federação Internacional do Diabetes e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência da doença

seguirá um aumento significativo de casos na América, chegando a 40 milhões de pessoas em 2030, com o Brasil alcançando uma prevalência de 11,6% de casos no referido ano. Somado a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando elevado potencial de morbidade e mortalidade e acarretando altos custos para Sistema de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) (ALFRADIQUE, 2009). A Hipertensão Arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No Brasil, o Diabetes e a Hipertensão constituem a primeira causa de hospitalizações e mortes por complicações, acarretando altos custos para Sistema Único de Saúde, além de diminuir a qualidade de vida de muitos pacientes e familiares, influenciando negativamente na dinâmica familiar e no bom funcionamento das famílias. Mas essas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem ser prevenidas, porque têm fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis, como levar uma dieta saudável, combater o sedentarismo, a obesidade e abandonar o uso do cigarro, entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A Unidade Básica de Saúde Boa Passagem, está localizada no bairro Boa Passagem, na cidade de CAICÓ-RN. A Equipe em que atuo conta com a força de trabalho de seis agentes comunitários de saúde, duas auxiliares de serviços gerais, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, uma administradora e um médico pertencente ao Programa Mais Médico. Com relação aos instrumentais temos glicômetro, tensiômetros, balança, fita métrica, estetoscópios. Dessa forma com esta estrutura e a força de trabalho trabalhamos para garantir uma atenção adequada para a população.

O projeto foi estruturado para ser desenvolvido durante um período de 12 semanas do ano 2015. O nosso universo de estudo esteve constituído por todos os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência atendida pela minha equipe, sendo que a outra parte da população, pertencente à outra equipe, não participou do projeto pelo fato de que o medico atendente tem um horário

diferenciado e um desenvolvimento diferente do seu trabalho no SUS. Fizemos algumas tentativas para conseguir a inserção dessa equipe no projeto para o benefício da comunidade e o trabalho em conjunto, mais não deu certo. O número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na minha área eram 622 pacientes, em quanto a Diabetes Mellitus, tínhamos 178 pacientes maiores de 20 anos residentes na minha área. Toda minha equipe participou do projeto.

Segundo o Caderno de Ações Programáticas, atualmente a estimativa de pacientes com hipertensão arterial na área de cobertura da UBS é de 622 e o total de hipertensos cadastrados na unidade é 197 (32%). Já a estimativa de usuários com Diabetes Mellitus é de 178 e o total dos diabéticos acompanhados na UBS é de 83 (47%). Entretanto existe a necessidade de atualização dos cadastros para um melhor monitoramento destes pacientes. Por este motivo, minha escolha como foco da intervenção recaiu sobre os pacientes do Programa de Atenção aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos.

Com essa intervenção desenvolveremos um conjunto de medidas de melhoria na atenção e manejo clínico ao diabético e hipertenso, para assim avaliar, diagnosticar e tratar oportunamente essas doenças evitando futuras complicações. Sabemos que temos que trabalhar muito para melhorar os indicadores de saúde atuais. Assim é importante tomar medidas de orientações e controle do quadro clínico, por isso investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes agravamentos da patologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). É possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido. Será envolvida no projeto toda a equipe da unidade desde os ACS, fazendo a busca ativa dessas pessoas. Técnicos fazendo a triagem e aferindo a pressão arterial e medindo a dosagem glicêmica e a enfermeira e eu (médica) fazendo as consultas e dando as orientações, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos e hipertensos na nossa UBS. (BRASIL, 2012)

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo geral:

Melhorar a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Boa Passagem, Caicó/ RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas:

1. Ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

Relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativas ao Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Para desenvolver o projeto tivemos em conta os quatro eixos fundamentais: monitoramento e avaliação, organização e gestão dos serviços, engajamento público e qualificação da atenção de saúde. Este projeto de intervenção foi realizado na USF Boa Passagem, no município de Caicó, RN. Foi estruturado para ser desenvolvido durante um período de 12 semanas do ano 2015. O nosso universo de estudo esteve constituído por todos os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência atendida pela minha equipe, sendo que a outra parte da população, pertencente à outra equipe, não participou do projeto pelo fato de que o

médico atendente tem um horário diferenciado e um desenvolvimento diferente do seu trabalho no SUS. Fizemos algumas tentativas para conseguir a inserção dessa equipe no projeto para o benefício da comunidade e o trabalho em conjunto, mais não deu certo. O número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na minha área eram 622 pacientes, em quanto a Diabetes Mellitus, tínhamos 178 usuários maiores de 20 anos residentes na minha área. Toda minha equipe participou do projeto, a outra equipe não participou do projeto pelos fatos já descritos acima.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Serão verificadas semanalmente todas as fichas espelhos para verificar o número de hipertensos incluídos no programa. Responsável: médico e enfermeira

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Acordar com a equipe o registro nas fichas espelho do Programa e verificar as fichas para avaliar a completude dos dados. Responsável: médico e enfermeira

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento: Estabelecer com a equipe que todos os usuários portadores de hipertensão arterial que chegarem à unidade básica serão acolhidos por qualquer membro da equipe, mesmo que não tenha consulta agendada.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Solicitar à Secretaria de saúde a disponibilidade de material necessário (esfigmomanômetro, manguitos, fitas métricas) para garantir a medição da pressão arterial nos usuários hipertensos. Responsável: administradora

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Para realizar esta ação serão usados os meios de comunicação disponíveis na comunidade, como rádio e jornal, além de realizar reunião com a comunidade para informar sobre o Programa. Responsável: Equipe de saúde

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: Para realizar esta ação serão usados os meios de comunicação disponíveis na comunidade, como rádio e jornal, e serão realizadas ações de promoção à saúde no âmbito da unidade e na comunidade para informar sobre a importância da medição da pressão arterial uma vez por ano nos maiores de 18 anos. Responsável: toda equipe

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Realizar palestras e atividades educativas sobre a importância do rastreamento para DM. Responsável: toda equipe

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para realizar esta ação serão usados os meios de comunicação disponíveis na comunidade, como rádio e jornal, e serão realizadas ações de promoção à saúde no âmbito da unidade e na comunidade para divulgar os fatores de risco para desenvolver hipertensão arterial e diabetes.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para o ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Responsável: médico e enfermeira

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para as técnicas de enfermagem sobre a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Responsável: médico e enfermeira

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Serão verificadas semanalmente todas as fichas espelhos para verificar o número de diabéticos incluídos no programa de atenção da unidade de saúde. Responsável: médico e enfermeira

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Acordar com a equipe o registro nas fichas espelho do Programa e verificar as fichas para avaliar a completude dos dados. Responsável: médico e enfermeira

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: Estabelecer com a equipe que todos os usuários portadores de diabetes que chegarem à unidade básica serão acolhidos por qualquer membro da

equipe, mesmo que não tenha consulta agendada. Responsável: médico e enfermeira

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Solicitar à Secretaria de saúde a disponibilidade de material necessário para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Responsável: administradora

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Para realizar esta ação serão usados os meios de comunicação disponíveis na comunidade, como rádio e jornal, além de realizar reunião com a comunidade para informar sobre o Programa.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de monitorar a diabetes mellitus com medição da glicose pelo menos anualmente.

Detalhamento: Para realizar esta ação também serão usados os meios de comunicação disponíveis na comunidade, como rádio e jornal, além serão realizadas ações de promoção de saúde no âmbito da unidade e na comunidade para informar sobre a importância do monitoramento da diabetes ao menos uma vez por ano.

Ação: Orientar na comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Realizar palestras e atividades educativas sobre a importância do rastreamento para DM.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Realizar palestras e atividades educativas sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para o ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para as técnicas de enfermagem para a realização de forma criteriosa dos hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas ficha espelhos a realização do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento: Realizar reunião da equipe para delimitar as funções e atribuições de cada membro na realização do exame clínico integral dos usuários hipertensos.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar as reuniões de capacitação com base no Caderno da Atenção Básica de Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, n. 37 (BRASIL, 2013B).

Ação: Estabelecer periodicidade para a atualização dos profissionais.

Detalhamento: Acordar com a equipe o calendário de atividades de atualização dos membros da equipe.

Ação: Dispor de versão atualizada de protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Imprimir a versão atualizada do protocolo de atenção aos hipertensos do Ministério da Saúde, e disponibilizar para acesso da equipe.

Engajamento público

Ação: Orientar aos usuários e comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e doenças neurológicas decorrentes da hipertensão arterial e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Realizar atividades educativas na unidade e na comunidade e utilizar meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade (rádio, jornal), para divulgar sobre os riscos de doenças cardiovasculares e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar toda a equipe para a realização de exame clínico adequado.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para explicar aos membros da equipe a realização do exame clínico correto e integral.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelho a realização do exame clínico apropriado nos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de diabéticos.

Detalhamento: Delimitar em reunião de equipe as funções e atribuições de cada membro na realização do exame dos diabéticos.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar as reuniões de capacitação com base no Caderno da Atenção Básica de Diabetes mellitus, do Ministério da Saúde, n. 36 (BRASIL, 2013A).

Ação: Estabelecer periodicidade para a atualização dos profissionais.

Detalhamento: Acordar com a equipe o calendário de atividades de atualização dos membros da equipe.

Ação: Dispor de versão atualizada de protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Imprimir a versão atualizada do protocolo de atenção aos diabéticos do Ministério da Saúde, e disponibilizar para acesso da equipe.

Engajamento público

Ação: Orientar aos usuários e comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e doenças neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Realizar atividades educativas na unidade e na comunidade e utilizar meios de comunicação disponíveis na comunidade (rádio, jornal), para divulgar sobre os riscos de doenças cardiovasculares e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar toda a equipe para a realização de exame clínico adequado.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para explicar aos membros da equipe a realização do exame clínico correto e integral

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com os protocolos adotados na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de hipertensos com os exames solicitados de acordo com o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão arterial (BRASIL, 2013B).

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de hipertensos com os exames solicitados respeitando a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Acordar com a equipe os exames a serem solicitados e qual a periodicidade de solicitação, e solicitar ao gestor de saúde a disponibilidade de requisição suficiente para garantir a solicitação de exames.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor onde será solicitada uma estratégia eficiente de marcação e realização de exames.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Acordar com a equipe uma forma de sinalizar os exames a serem solicitados e qual o período em que devem ser solicitados.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos sobre a importância de realizar os exames complementares, assim como utilizar meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade, como rádio e jornal.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos para falar sobre a periodicidade de realizar os exames complementares, assim como utilizar meios de meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade, como rádio e jornal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para explicar a importância do cumprimento do estabelecido nos protocolos para solicitação de exames complementares.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com os protocolos adotados na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de diabéticos com os exames solicitados de acordo com o Caderno de Atenção Básica de Diabetes mellitus (BRASIL, 2013A).

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de diabéticos com os exames solicitados respeitando a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Acordar com a equipe os exames a serem solicitados e qual a periodicidade de solicitação, e solicitar ao gestor de saúde a disponibilidade de requisição suficiente para garantir a solicitação de exames.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor onde será solicitada uma estratégia eficiente de marcação e realização de exames.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Acordar com a equipe uma forma de sinalizar os exames a serem solicitados e qual o período em que devem ser solicitados.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos para falar sobre a importância de realizar os exames complementares, assim como utilizar meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade, como rádio e jornal.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos sobre a periodicidade de realizar os exames complementares, assim como utilizar meios de comunicação disponíveis na comunidade, como rádio e jornal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para explicar a importância do cumprimento do estabelecido nos protocolos para solicitação de exames complementares.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o campo de medicamentos utilizados para ver se existem na Farmácia Popular/Hiperdia.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluído validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será realizada pela equipe a verificação da validade dos medicamentos e a quantidade existente ao final do mês, para garantir o pedido e a disponibilidade suficiente para o próximo mês.

Ação: Manter o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Cada agente de saúde terá a lista dos usuários de hiperdia cadastrados na unidade de saúde, com seus dados e a medicação que usam, para garantir o pedido de medicações de acordo a necessidade.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos para explicar sobre o direito de obter medicações disponíveis na Farmácia Popular/Hiperdia.

Qualificação da prática clínica

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o tratamento da hipertensão.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o campo de medicamentos utilizados para ver se existem na Farmácia Popular/Hiperdia.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluído validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será realizada pela equipe a verificação da validade dos medicamentos e a quantidade existente ao final do mês, para garantir o pedido e a disponibilidade suficiente para o próximo mês.

Ação: Manter o registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Cada agente de saúde terá a lista dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, com seus dados e a medicação que usam para garantir o pedido de medicações de acordo a necessidade.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos para explicar sobre o direito de obter medicações disponíveis na Farmácia Popular/Hiperdia.

Qualificação da prática clínica

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o tratamento da diabetes.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de hipertensos avaliados com necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Acordar com a equipe a inclusão da avaliação da necessidade de atendimento odontológico no exame clínico dos hipertensos, além de realizar acolhimento aos hipertensos que buscam atendimento odontológico.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Discutir com a odontólogo a destinação de vagas para o atendimento de hipertensos provenientes dessa avaliação, com estabelecimento da ordem de atendimento segundo prioridades.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade explicando a importância da realização dos exames bucais nos hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para conhecer como fazer a correta avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de diabéticos avaliados com necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Acordar com a equipe a inclusão da avaliação da necessidade de atendimento odontológico no exame clínico dos diabéticos, além de realizar acolhimento aos diabéticos que buscam atendimento odontológico.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Discutir com a odontólogo a destinação de vagas para o atendimento de diabéticos provenientes dessa avaliação, com estabelecimento da ordem de atendimento segundo prioridades.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade explicando a importância da realização dos exames bucais nos hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para conhecer como fazer a correta avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, se os hipertensos estão realizando as consultas com a periodicidade prevista no protocolo.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Será organizada pela equipe uma visita domiciliar àqueles hipertensos faltosos a consultas, para verificar causa e agendar nova data de atendimento.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será organizada a agenda para a acolhida dos usuários faltosos e que foram reagendados.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para informar a importância da realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para discutir sugestões e traçar uma estratégia para evitar a evasão dos hipertensos às consultas.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para informar a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação dos ACS para que conheçam a periodicidade de realização das consultas e orientem adequadamente os hipertensos.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, se os diabéticos estão realizando as consultas com a periodicidade prevista no protocolo.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Será organizada pela equipe uma visita domiciliar àqueles diabéticos faltosos a consultas, para verificar causa e agendar nova data de atendimento.

Ação: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será organizada a agenda para a acolhida dos usuários faltosos e que foram reagendados.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para informar a importância da realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para discutir sugestões e traçar uma estratégia para evitar a evasão dos diabéticos às consultas.

Ação: Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para informar a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação dos ACS para que conheçam a periodicidade de realização das consultas e orientem adequadamente os diabéticos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas espelho para avaliar a qualidade dos registros dos hipertensos acompanhados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Coletar as informações com as ACS para envio mensal à secretaria municipal de saúde.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será combinado com a equipe o registro nas fichas espelho.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Será eleita, em reunião, uma pessoa da equipe responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de

exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Definir sinalizações na ficha espelho para a data da próxima consulta, dos próximos exames, da próxima estratificação de risco, da avaliação de comprometimento de órgãos alvo e do estado de compensação da doença.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Realizar orientação em reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas espelho para avaliar a qualidade dos registros dos diabéticos acompanhados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Coletar as informações com as ACS para envio mensal à secretaria municipal de saúde.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será combinado com a equipe o registro nas fichas espelho.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Será eleita, em reunião, uma pessoa da equipe responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Definir sinalizações na ficha espelho para a data da próxima consulta, dos próximos exames, da próxima estratificação de risco, da avaliação de comprometimento de órgãos alvo e do estado de compensação da doença.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Realizar orientação em reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos diabéticos.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Verificar as fichas espelho, semanalmente, para monitorizar o número de usuários hipertensos com realização da estratificação do risco cardiovascular.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Estabelecer prioridade para aqueles usuários com alto risco, assim como será organizada a agenda para garantir estes atendimentos.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Os membros da equipe serão capazes de orientar os usuários em consultas e em atividades educativas sobre o risco que tem e a importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Orientar em reunião com a comunidade e em reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos sobre os fatores de risco, e sobre a importância do adequado controle dos fatores modificáveis, assim como através de meios de comunicação como rádio.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe falando sobre a realização da estratificação do risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe falando sobre a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para conhecer estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Verificar as fichas espelho, semanalmente, para monitorizar o número de usuários diabéticos com realização da estratificação do risco cardiovascular.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Estabelecer prioridade para aqueles usuários com alto risco, assim como será organizada a agenda para garantir estes atendimentos.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Os membros da equipe serão capazes de orientar os usuários em consultas e em atividades educativas sobre o risco que tem e a importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Orientar em reunião com a comunidade e em reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos sobre os fatores de risco, e sobre a importância do adequado controle dos fatores modificáveis, assim como através de meios de comunicação como rádio.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe falando sobre a realização da estratificação do risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe falando sobre a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para conhecer estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Formar um grupo de hipertensos e diabéticos e familiares e outros interessados, para discutir e difundir práticas de alimentação saudável, com encontro mensal.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor para discutir a disponibilização de profissional nutricionista para apoiar o grupo.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar palestras no âmbito da comunidade e na unidade sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Formar um grupo de hipertensos e diabéticos e familiares e outros interessados, para discutir e difundir práticas de alimentação saudável, com encontro mensal.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor para discutir a disponibilização de profissional nutricionista para apoiar o grupo.

Engajamento público

Ação: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar palestras no âmbito da comunidade e na unidade sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Formar um grupo de hipertensos e diabéticos e outros interessados, para realizar atividade física regular, duas vezes por semana.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor para discutir a disponibilização de profissional educador físico para apoio nesse grupo.

Engajamento público

Ações: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar atividades de orientação no âmbito da comunidade e da unidade de saúde, orientando a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Formar um grupo de hipertensos e diabéticos e outros interessados, para realizar atividade física regular, duas vezes por semana.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor para discutir a disponibilização de profissional educador físico para apoio nesse grupo.

Engajamento público

Ações: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar atividades de orientação no âmbito da comunidade e da unidade de saúde, orientando a importância da prática de atividade física regular.

2.3.2 Indicadores

Relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. .

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. .

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Tendo como foco da intervenção a hipertensão e diabetes o objetivo deste projeto é contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde e a qualidade de vida dos usuários na Atenção Básica na UBS Boa Passagem.

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensos e Diabéticos, vamos adotar o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, ano 2013. O Programa é bastante conhecido por todos os profissionais da área, mas nem todas as UBS têm sua ação organizada como base neste programa, seguindo o protocolo, com registro próprio e monitoramento regular. Espera-se que este Caderno de Atenção Básica auxilie no processo de educação permanente dos profissionais de Saúde da AB e apoie na construção de protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doenças de hipertensão e diabetes.

Será envolvida no projeto toda a equipe da unidade desde os ACS, fazendo rastreamento, pesquisa, atualização de registros e busca ativa desses, pacientes. Técnicos fazendo a triagem e aferindo a pressão arterial e medindo a dosagem glicêmica e a enfermeira e eu (médica) fazendo as consultas e dando as orientações, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos e hipertensos na nossa UBS. Utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo Curso, que contém todas as informações necessárias ao monitoramento da

intervenção, assim como manteremos os registros em prontuários clínicos. Cada micro área dispõe de uma pasta organizada com o registro dos pacientes que foram cadastrados.

As fichas espelho ficarão dispostas na sala de triagem da USF, organizadas em uma pasta, dispostas por micro áreas, de modo que toda a equipe tenha acesso quando for necessário, e serão retiradas no momento do atendimento do usuário, para registro das informações sejam preenchidas pelo profissional que realizem o atendimento para que não se esqueçam de realizarem todos os procedimentos clínicos. Haverá sinalizações nas fichas com a data da próxima consulta e dos próximos exames, da próxima estratificação de risco, avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença. As fichas serão verificadas uma vez por semana, por profissional eleita em reunião de equipe para tal, neste caso a enfermeira, que levantará os dados e inserirá na planilha eletrônica. Ao final de cada mês será feita a avaliação dos indicadores para apresentação à equipe.

A construção do projeto foi feita de forma conjunta com toda a equipe, mas achamos necessário iniciarmos a intervenção com a capacitação da equipe sobre o Projeto finalizado, rotinas estabelecidas, e o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, inclusive dos procedimentos clínicos e do risco cardiovascular. Para isso, será realizada uma primeira reunião de capacitação, coordenada pela médica. Logo após esse momento, a enfermeira vai se reunir com os ACS para discutir o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da UBS e vai orientar sobre a periodicidade da realização das consultas, para assim orientarem adequadamente aos hipertensos e diabéticos, enquanto a médica fará a capacitação das técnicas de enfermagem sobre a verificação da pressão arterial, incluindo uso adequado do manguito, e sobre a realização de forma criteriosa dos hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Nesse mesmo dia será definida a escala dos membros da equipe para a participação no programa da rádio da comunidade e para as atividades de sala de espera.

Na segunda semana haverá a segunda reunião de capacitação da equipe, coordenada pela médica e odontólogo, onde serão abordados os Cadernos da Atenção Básica n. 36 e n. 37, sendo que cada membro da equipe lerá uma parte e

levará para debater o que entendeu. Também será abordado o tratamento da hipertensão e diabetes, o exame clínico correto e integral, com o estabelecimento das funções e atribuições de cada membro na realização do exame, a importância do cumprimento do estabelecido nos protocolos para solicitação de exames complementares, a estratificação do risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, higiene bucal, e acolhimento aos usuários que buscam atendimento odontológico. Nessa ocasião, o odontólogo orientará sobre a destinação de vagas para o atendimento de usuários provenientes dessa avaliação, com estabelecimento da ordem de atendimento segundo prioridades.

E a terceira reunião de capacitação da equipe ocorrerá na terceira semana de intervenção, será conduzida pela médica e enfermeira, e serão abordadas as estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis, as práticas de alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular, o tratamento de usuários tabagistas, metodologias de educação em saúde, e as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Ao final desse ciclo de capacitações, será acordada com todos os membros a periodicidade de atualização da equipe.

Os usuários hipertensos e diabéticos que chegarem à Unidade serão acolhidos por qualquer membro da equipe, mesmo que não tenham consulta agendada. Serão disponibilizadas 15 vagas semanais para os casos que demandam agendamento, com garantia do atendimento imediato dos casos agudos. Será estabelecida prioridade para os hipertensos e diabéticos com alto risco, com organização da agenda para garantir esses atendimentos. Todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde serão cadastrados pelos ACS.

As consultas terão o tempo médio de 30 minutos para garantir as orientações individuais. Os usuários faltosos às consultas serão buscados pelos agentes de saúde ao final de cada semana, para verificar causa e agendar nova data de atendimento. Estima-se a busca de 5 usuários por semana, totalizando 20 por mês.

A farmacêutica da equipe verificará a validade dos medicamentos e a quantidade existente ao final do mês, para garantir o pedido e a disponibilidade

suficiente para o próximo mês, de modo que o tratamento não seja interrompido por falta de medicamentos. Para isso, será utilizada uma lista que cada agente de saúde terá, com os dados dos usuários hipertensos e diabéticos e a medicação que usam, para garantir o pedido de medicações de acordo a necessidade.

Ao final de cada mês, serão coletadas as informações referentes ao SIAB com as ACS, para envio à Secretaria Municipal de Saúde, de modo a deixar esse sistema sempre atualizado.

Para promover o engajamento público, serão realizadas duas reuniões com a comunidade, utilizando os meios de comunicação disponíveis na comunidade, como a rádio e jornal, e atividades de sala de espera, e serão formados dois grupos com os usuários portadores de hipertensão e diabetes, seus familiares e demais interessados: um para discutir e difundir práticas de alimentação saudável, e outro para realizar atividade física regular.

As reuniões com a comunidade ocorrerão no primeiro e no terceiro mês de intervenção, no espaço da comunidade. Faremos contato com os representantes da comunidade e serão conduzidas pela médica com outros membros da equipe. A primeira reunião será para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância da realização das consultas e exames complementares com a periodicidade preconizada, a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos hipertensos e diabéticos, o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, e os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. A segunda reunião será para discutir sugestões e traçar uma estratégia para evitar a evasão dos hipertensos às consultas, esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, orientar sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, e sobre a importância da higiene bucal.

Nos dias de atendimento prioritário aos usuários hipertensos e diabéticos serão realizadas atividades de sala de espera, pelos membros da equipe que estiver disponível, que irá falar sobre os fatores de risco da hipertensão e diabetes, a importância do controle da pressão arterial, orientar a comunidade sobre a

importância da alimentação saudável, os riscos de doenças cardiovasculares e doenças neurológicas decorrentes da hipertensão arterial, importância do cuidado dos pés em pacientes diabéticos, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo, e sobre a importância da higiene bucal.

Esperamos ter o apoio de nutricionista e educador físico, o que ainda será discutido com o gestor de saúde. Os grupos serão aproveitados também como espaços de orientação aos usuários quanto à necessidade de realização de consultas e exames complementares e periodicidade preconizada, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, e seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, sobre a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal.

Para garantir a disponibilidade de insumos e materiais, a médica da Unidade fará uma reunião com o gestor municipal de saúde, para solicitar o apoio em quanto a os esfigmomanômetros, glicômetros, fita métrica e balança adequadamente calibrada. Também precisaremos da gestão para dispor das cadernetas dos pacientes para desenvolver nosso trabalho que serão distribuídas para os pacientes que ainda não tem e ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso. Além disso, também serão discutidas estratégias de marcação e realização de exames, e a disponibilização de profissionais nutricionista e educador físico para apoiar os grupos de atividade educativa e prática de atividade física.

O cirurgião - dentista organizará a sua agenda para realizar as consultas dos hipertensos e diabéticos de acordo com as necessidades e segundo o estabelecido nos protocolos de atendimento, com um número estimado de 5 atendimentos a hipertensos e diabéticos por semana, finalizando o mês com 20 avaliações.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

3. Relatório da intervenção

O relatório final da intervenção pretende resumir o trabalho desenvolvido na UBS durante o período da intervenção que teve como objetivo a melhoria na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Boa Passagem, Caicó, RN.

Durante este período passamos por muitas dificuldades, mas também foi um aprendizado gratificante. Tivemos problemas, por exemplo, como a falta de apoio da gestão, de vagas para fazer os exames complementares, falta de cirurgião - dentista por algum período falta de nutricionista (esta ainda não suprida) e de profissional de educação física, déficit de medicamentos, dificuldades com a pesquisa e ou registro dos indivíduos diabéticos e hipertensos pelos ACS. As atividades de busca destas pessoas hipertensas e diabéticas na área foram suspensas por um tempo no mês de abril, porque segundo eles, estavam fazendo a pesagem para o Programa Bolsa Família (PBF) casa por casa e não tinham tempo disponível para o cadastramento dos pacientes. Isso fez com que o cronograma nesse mês não fosse cumprido adequadamente. Também foi interrompida a busca de faltosos durante esse período. Eu confesso que nesse período fiquei preocupada com a evolução da intervenção, mesmo que as atividades de cadastramento na unidade foram feitas em um 100% com cada paciente que chegasse na unidade. O usuário sempre foi acolhido e cadastrado, garantindo a inserção no projeto. Para minha felicidade, essa realidade com os ACS, mudou no final de abril e se manteve com bom andamento durante o mês de maio, porque a equipe toda se sensibilizou novamente e conseguimos fazer um trabalho serio e continuado com bons resultados e boa evolução da intervenção. Esta situação inicial nos fez optar por focar nestes três primeiros meses de intervenção na atualização e cadastramento dos usuários da minha área, e ir posteriormente ampliando para toda a área da UBS, entretanto as ações foram desenvolvidas para toda a comunidade.

Os ACS retomaram as suas atividades e têm trabalhado responsavelmente na procura de pacientes faltosos, assim como na realização de ações em educação de saúde individuais e coletivas. Eles conseguiram fazer buscas sistemáticas e

aumentar as captações dos usuários diabéticos e hipertensos. Os resultados foram positivos e tivemos um aumento dos indicadores durante as últimas semanas da intervenção. Um dentista novo veio integrar-se à Equipe e foi de muita ajuda para melhorar a saúde bucal destes indivíduos. Ele tem desenvolvido um bom trabalho e aumentou o número de primeira consulta odontológica para os pacientes da intervenção. Estou satisfeita com os resultados obtidos durante estas 12 semanas.

Em total conseguimos cadastrar 232 (37%) hipertensos e 102 (57%) diabéticos. A cobertura total do programa de hipertensão e diabetes foi de 94%. Conseguimos ampliar a cobertura e refazer os cadastros desatualizados utilizando as fichas disponibilizadas pelo Curso, apesar de não termos alcançado as metas traçadas inicialmente, até mesmo pelo volume da população em relação ao curto espaço de tempo da intervenção, julgamos que a intervenção foi muito bem sucedida. Ainda falta muito trabalho por fazer, como a ampliação dos cadastros para toda a área, melhorar a divulgação mas a intervenção esta plenamente implantada e o seu desenvolvimento continua sendo realizado diariamente na UBS.

Resumindo, posso dizer que em algumas semanas o cronograma não foi cumprido e isso foi informado no relatório, mais na maioria das semanas o cronograma foi cumprido e o trabalho foi feito com responsabilidade e muito compromisso para ajudar a elevar a qualidade da saúde da população e mesmo agora as atividades ainda continuam.

As reuniões de capacitação da equipe e com a comunidade foram realizadas, foi implantada a ficha espelho, o acolhimento continua sendo feito todos os dias da semana e nos dois turnos, como já tinha descrito acima.

As atividades educativas sobre hipertensão e diabetes continuam sendo feitas na sala de espera da unidade e orientando a comunidade quanto à importância do adequado controle dos fatores de riscos destas duas doenças crônicas. Falamos, entre outros temas, sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, riscos do tabagismo, cuidado dos pés do paciente diabético e de como prevenir adequadamente as complicações destas doenças.

E muito importante o seguimento e monitoramento sistemático destes usuários na área de saúde para elevar a sua qualidade de vida e evitar as complicações da

hipertensão e diabetes. Porém o projeto não termina aqui, este passo é só o começo na busca de uma melhor qualidade de vida, onde todos os profissionais realizem as suas tarefas segundo as suas atribuições.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A maioria das ações previstas foi desenvolvida, as consultas foram feitas de forma mais aprofundada com exame físico completo e de qualidade, monitoramento, avaliação integral, seguimento e classificação de risco dos hipertensos e diabéticos, os quais têm sido cruciais para apoiar a qualidade do atendimento dos mesmos. (Figura 1, 2). Foi levado o correto cumprimento dos protocolos de atendimentos dos hipertensos e diabéticos, assim como a formação de práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos.



Figura 1, a, b Avaliação Clínica usuário do programa de hipertensão e diabetes.



Figura 2 Consulta médica de usuária hipertensa.

A equipe foi capacitada segundo as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado das Equipes da UBS. As atribuições da equipe foram reanalisadas e as consultas de acompanhamento destes pacientes foram feitas segundo o protocolo e em conjunto com o enfermeiro, trazendo uma melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos e a reorganização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

O enfermeiro reuniu-se com os ACS para discutir os cadastramentos de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, orientou sobre a importância de busca ativa de faltosos, periodicidade das consultas e a importância da divulgação do projeto diretamente na comunidade, casa por casa, paciente por paciente.

Eu e o enfermeiro fizemos os atendimentos de acordo com o protocolo, registrando nos prontuários os dados da consulta, resultados e pedidos de exames para quem precisasse. Em todas as consultas foi feita a avaliação segundo a estratificação do risco cardiovascular; também fizemos encaminhamentos para os atendimentos odontológicos necessários e verificamos a disponibilidade de medicamentos, também oferecíamos ações em educação em saúde, de forma individual para cada usuário e tentar promover mudanças positivas no modo e estilo

de vida destes. Também foram oferecidas palestras e outras atividades em educação de saúde na sala de espera para os pacientes hipertensos e diabéticos.

Todas as pessoas hipertensas e diabéticas, que chegarem à unidade foram bem acolhidas por todos os profissionais, mesmo que não tivessem consulta agendada no dia. Cada profissional tem desempenhando as suas atribuições.

A administradora disponibilizou as fichas espelhos em quantidade suficiente. Portanto, podemos dizer que cada profissional tinha conhecimento das atribuições que deviam realizar e mesmo com algumas dificuldades apresentadas durante a intervenção, o cumprimento destas atribuições foi muito bem executado.

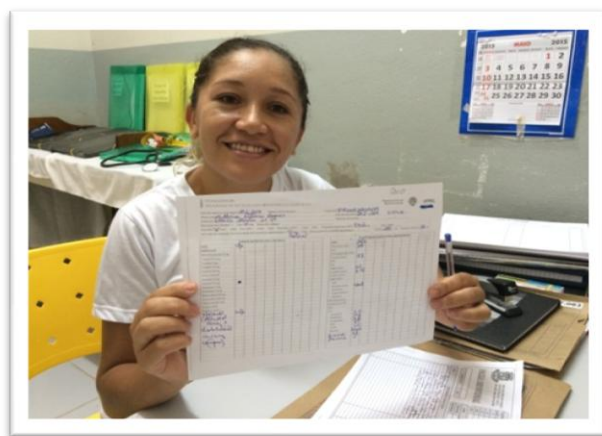


Figura 3 Ficha espelho para cadastro



Figura 4 Forma de organização dos cadastros

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Algumas ações que estavam previstas não foram desenvolvidas de forma contínua como gostaríamos, enfrentamos dificuldades iniciais com o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos, falta de atualização dos registros, pesquisa e busca de faltosos dos pacientes pelos ACS durante as visitas domiciliares no segundo mês, por eles se encontrarem realizando outras atividades na comunidade, como a pesagem para o PBF. Também sentimos a falta de apoio da gestão, pela falta de vagas para a realização de exames laboratoriais, atrasos na entrega de resultados de exames, demora nas consultas com as diferentes especialidades, falta

de profissional nutricionista e educador físico. Mas mesmo assim, acho que o trabalho foi gratificante e muito responsável por parte de toda a equipe.

Faltou mais divulgação do projeto nos meios de comunicação e a sua importância para a promoção de saúde. Também faltou uma maior articulação com a comunidade para explicitar os critérios de priorização na atenção dos diabéticos e hipertensos. E faltou mais apoio da gestão, porque somente o comprometimento das Equipes não basta para alcançarmos resultados satisfatórios, também precisamos de uma gestão que se aproxime mais da população e que promova ações para o aperfeiçoamento técnico dos trabalhadores da saúde, qualificar através de Cursos, oferecer informações atualizadas. O SUS precisa melhorar a qualidade dos seus técnicos, o processo de trabalho e da gestão, elevar o conhecimento técnico e implantar protocolos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Neste aspecto, eu particularmente apresentei um pouco de dificuldade no princípio na hora de preencher a planilha de coletas de dados, mas com a ajuda da minha orientadora aos poucos fui melhorando. No caso da intervenção, os indicadores mostram que a nossa intervenção está evoluindo de acordo com as metas propostas. Os dados coletados durante a intervenção foram registrados nas fichas espelhos e transferidos semanalmente a planilha eletrônica. Esses indicadores foram muito importantes porque através deles foi possível observar a evolução da intervenção ao longo do projeto e examinar ao final da intervenção se as metas foram ou não alcançadas, segundo os resultados obtidos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção já esta incorporada à rotina do nosso serviço e todas as ações continuam se desenvolvendo segundo o projeto. Agora vamos a aperfeiçoar alguns pontos, como por exemplo, ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Nosso objetivo é continuar desenvolvendo a intervenção como rotina da unidade e seguir trabalhando na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos porque ainda não alcançamos as metas propostas e

sabemos que existem muitos pacientes que não foram identificados, portanto, teremos que fazer o nosso maior esforço para chegar ao cadastramento de 100% da população diabética e hipertensa da nossa comunidade. Também, tomando este projeto como exemplo, desejaríamos aperfeiçoar outros programas na UBS, como atenção ao pré-natal, puerpério, saúde do idoso, saúde da criança e saúde do homem. Acho que o desenvolvimento de intervenções nestes programas na UBS, segundo os protocolos do Ministério da Saúde, vai trazer consigo uma melhora importante na atenção destes grupos e ajudar na prevenção de complicações, contribuindo assim a elevar a qualidade de vida da população.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Atenção aos pacientes hipertensos

GRAFICO 1

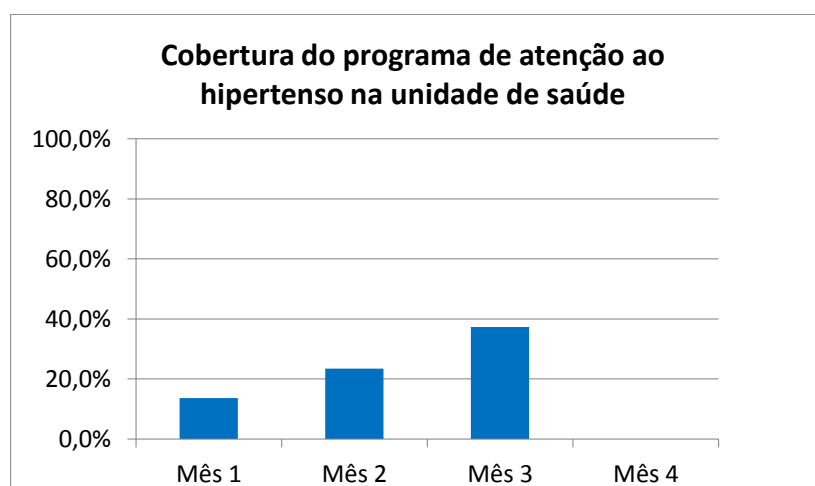


Gráfico1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Meta: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Na UBS contamos com 622 pacientes hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência e deles conseguimos acompanhar durante o projeto 232 pacientes, totalizando uma cobertura de 37%.

No gráfico 1 podemos observar que tivemos uma boa evolução ao longo da intervenção. Pode-se perceber um aumento gradativo em cada mês. Os resultados mostram que no primeiro mês a cobertura foi baixa, 85 (13,7%), no segundo mês conseguimos um acréscimo cadastrando 146 (23,5%) dos pacientes e no terceiro mês alcançamos 232 (37,3 %) de cobertura dos pacientes hipertensos.

Analisando os resultados, constatamos que ficamos abaixo da meta inicial, que era cadastrar o 80% dos pacientes hipertensos da área de abrangência da UBS. Mas mesmo assim o trabalho foi frutífero e teve um aumento gradativo a cada mês. Nesse resultado influenciou o fato dos cadastros estarem desatualizados e tivemos que iniciar praticamente do zero, não ter sido realizado os cadastramentos dos usuários pelos ACS durante as visitas domiciliares no segundo mês, por eles se encontrarem realizando outras atividades na comunidade que foi a pesagem para o benefício das Bolsas de Família e também pelo grande volume de pacientes para serem cadastrados em um curto espaço de tempo. Mas mesmo assim, acho que o trabalho foi gratificante e muito responsável por parte de toda a equipe que soube superar os obstáculos e os resultados nos meses seguintes mais positivos, e estamos dando seguimento nos cadastramentos pelos agentes comunitários de saúde.

GRAFICO 2

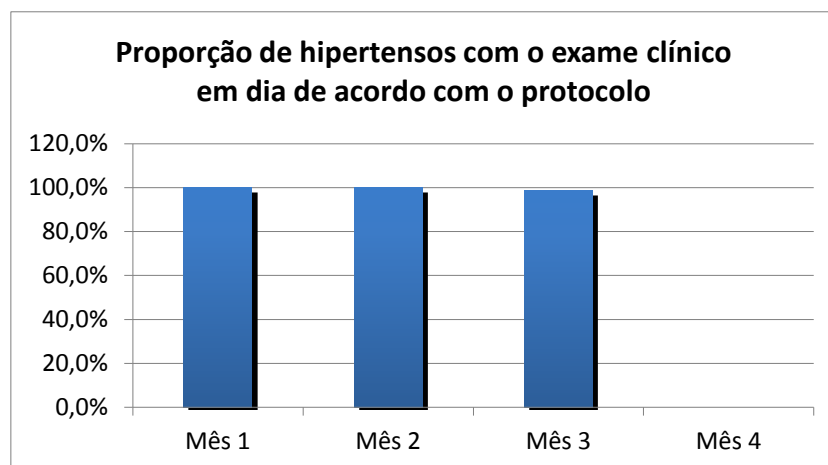


Gráfico 2: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o Protocolo. Caicó/RN 2015.

Meta: Garantir a 100% dos hipertensos a realização do exame clínico apropriado em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo

Os resultados obtidos foram muito bons, porque as consultas de acompanhamento destes usuários foram feitas segundo o protocolo adotado pelo projeto, com exame físico completo e de qualidade, monitoramento, avaliação integral e seguimento. Observamos que durante o primeiro mês os 85 (100%) dos hipertensos cadastrados, estavam com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo, e no segundo mês 146 (100%) dos usuários realizaram exame clínico em dia. Já no terceiro mês, este indicador diminuiu para 229 dos 232 cadastrados (98,7%), porque três usuários que foram detectados e cadastrados na busca ativa, ainda não tinham comparecido à consulta de Hiperdia. São usuários que já foram ou serão atendidos durante as semanas seguintes à coleta dos dados. Estes resultados mostram a importância deste projeto de intervenção na ESF para o correto cumprimento dos protocolos de atendimentos dos hipertensos e da implantação de projetos para outros grupos.

GRAFICO 3

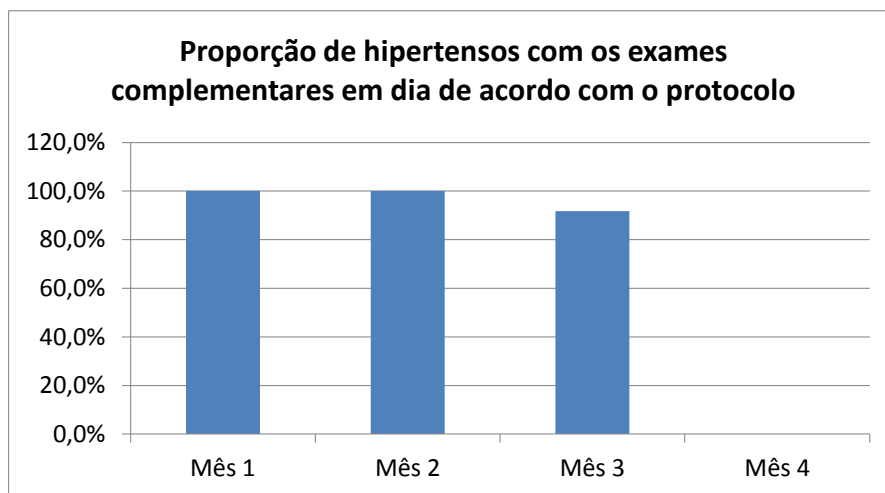


Gráfico 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Caicó/RN 2015.

Meta: Garantir aos 100% dos hipertensos a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo,

Podemos observar bons resultados (Gráfico 3), pois durante os dois primeiros meses conseguimos colocar em dia os exames complementares de 100% dos usuários, mesmo com a demora na entrega de resultados. Isso foi possível porque já na unidade contava com a consulta de acompanhamento dos hipertensos e um grupo deles tinha feito os exames ao início do ano. Os que foram se incorporando após do projeto, também fizeram os exames e foram avaliados no segundo e terceiro mês. Devemos sinalar que no ultimo mês atingimos 213 (91,8%) dos 232 cadastrados, por atraso na entrega pelo laboratório dos últimos exames indicados e pelo fato de ainda não ter sido realizado o atendimento de algum usuários faltoso cadastrado na busca ativa dias antes de encerrar o trabalho. Portanto, podemos concluir que nos próximos meses teremos um crescimento da quantidade de pacientes com os exames complementares em dia. Pois o projeto é um processo dinâmico e com seguimento constante.

GRAFICO 4

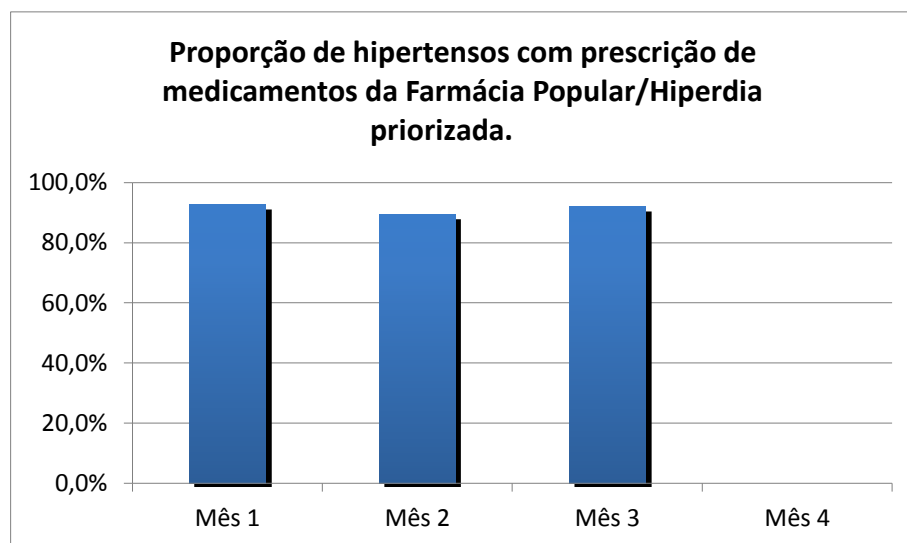


Gráfico 4: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia priorizada. Caicó/RN 2015

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada

A maioria dos usuários estão recebendo os medicamentos na farmácia popular, os resultados apresentaram variações em decorrência do aumento do número de cadastrados ao longo da intervenção. No primeiro mês, dos 85 cadastrados 77 (92,8%) estavam recebendo os medicamentos na farmácia popular, no segundo mês 129 (89,6%) e no terceiro mês 144 (92 %) (Gráfico 4). Este indicador já tinha apresentado um aumento considerável com a chegada do Programa Mais Médicos porque nas consultas de acompanhamento foi muito divulgado este tipo de serviço de cadastramento na farmácia popular, oferecido pelo SUS e que muitos pacientes desconheciam. Durante os atendimentos constatamos que nem todos os usuários necessitam tomar medicamentos para a hipertensão, alguns deles conseguem se controlar com a dieta. Também concluímos que nem todos os que precisam tomar medicamentos podem adquirir os tratamentos na

farmácia popular, porque estas farmácias não têm disponibilizados todos os medicamentos anti-hipertensivos pelo SUS, e alguns pacientes tem que adquiri-los em farmácias que não tem contrato com o SUS, sendo pessoas de escassos recursos na maioria dos casos. Este fato também contribuiu para não chegarmos a 100% da meta. O número insuficiente de medicamentos anti-hipertensivos que chegam mensalmente à UBS e uma realidade e uma dificuldade que temos tido ao longo de nosso trabalho e que influencia negativamente no controle e prevenção de complicações desta doença crônica não transmissível.

GRAFICO 5

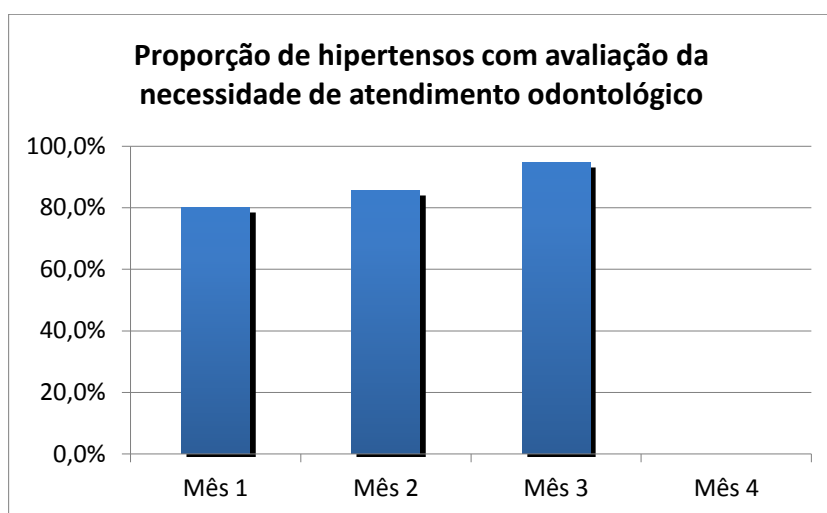


Gráfico 5: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Caicó/RN 2015.

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Enfrentamos dificuldades, no início do projeto, pois tínhamos poucas vagas e muitas necessidades de atendimento odontológico, mas nas primeiras reuniões da equipe a cirurgiã – dentista mostrou disposição para ajudar ao desenvolvimento do projeto e avaliou 68 (80%) dos 85 hipertensos cadastrados, durante o primeiro mês de trabalho. Mas posteriormente entrou em greve e tivemos dificuldades para continuar esta ação. Até que a gestão colocou um novo cirurgião – dentista, e o

atendimento odontológico melhorou notavelmente, 86 % no segundo mês foram avaliados 125 (85,6%) de 146, e um 220 (94,8%) dos 232 cadastrados no terceiro mês (Gráfico 5). Devo ressaltar o trabalho do novo cirurgião – dentista que mostrou interesse em trabalhar para proporcionar as vagas necessárias e conseguiu avaliar os pacientes que estavam pendentes de avaliação e aumentar os indicadores neste sentido. A atenção à Saúde Bucal é de grande importância neste contexto pois as afecções que acometem a cavidade bucal têm de alta prevalência dentre elas a doença periodontal e por isso merece atenção especial dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde.

GRAFICO 6

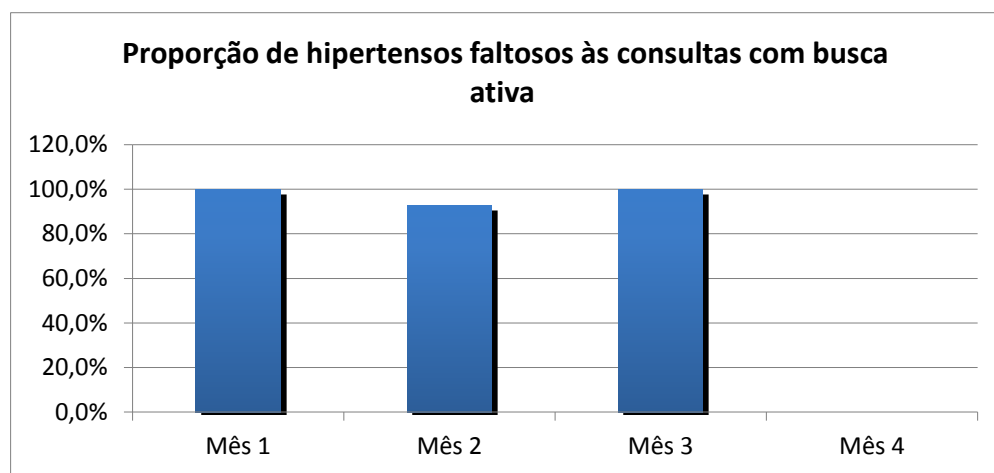


Gráfico 6: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Caicó/RN 2015.

Meta: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Para obtenção destes resultados devemos assinalar o trabalho dos ACS que foram os responsáveis por desenvolver esta atividade. Observa-se que no primeiro mês o cronograma foi cumprido com a busca de 25 (100%) dos pacientes faltosos, já no segundo mês, este resultado teve uma pequena queda de 14 pacientes faltosos conseguimos buscar 13 (92,9%), esta ação também foi prejudicada porque os ACS tiveram que priorizar a pesagem para a Bolsa Família. Mas felizmente, essa realidade mudou no final, a equipe toda se sensibilizou novamente com o projeto e conseguimos fazer um trabalho serio e continuado com bons resultados e boa

evolução da intervenção. Os ACS retomaram as suas atividades responsavelmente na procura de pessoas faltosas. Eles conseguiram fazer buscas sistemáticas e aumentar as captações dos diabéticos e hipertensos durante o ultimo mês onde foi realizada a busca de 47 (100%) dos pacientes faltosos (Gráfico 6). Os resultados foram positivos e tivemos um aumento nos indicadores durante as ultimas semanas da intervenção.

GRAFICO 7

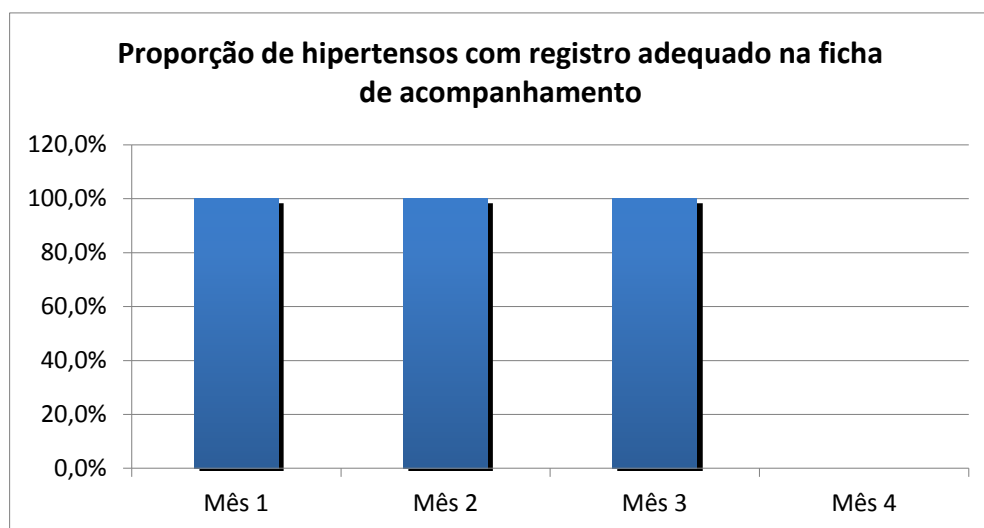


Gráfico 7: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Caicó/RN 2015.

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento,

Os resultados foram muito bons, pois desde o início da intervenção conseguimos atingir 100% do registro adequado nas fichas dos pacientes hipertensos cadastrados. Fazendo os atendimentos do acordo ao protocolo, escutando cada usuários, deixando registro nos prontuários, indicando exames para quem precisar, avaliando o risco cardiovascular, encaminhando para as diferentes especialidades quando fosse necessária, assim como agendado a próxima consulta

antes de sair da UBS e verificando a disponibilidade de medicamentos. Além de oferecer ações em educação em saúde, de forma individual com cada um deles e assim tentar promover mudanças no modo e estilo de vida dos hipertensos, assim como a realização de outras ações descritas no projeto. Os hipertensos que chegarem à unidade são acolhidos por qualquer membro da equipe, mesmo que não tenha consulta agendada. Cada membro da equipe desempenhou e continua desempenhando suas atribuições. Durante cada mês eu e o enfermeiro fomos os responsáveis pelo atendimento profissional das consultas de acompanhamento dos hipertensos. As fichas espelho eram atualizadas em cada consulta e posteriormente os dados foram inseridos na planilha eletrônica.

Outros resultados:

Obtivemos o 100% dos usuários avaliados para risco cardiovascular, estabelecido por meio do Escore de Framingham e de acordo com as necessidades individuais, considerando-se as diretrizes. Para os usuários com HAS com escore de Framingham e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica. Os usuários com categoria de baixo risco de evento cardiovascular < 10%, a consulta médica é anual, consulta de enfermagem anual e consulta odontológica anual. Para categoria moderado tem risco de evento cardiovascular 10% - 20%, a consulta médica deveria ser semestral, consulta de enfermagem semestral e consulta odontológica anual. Na categoria alto risco, o risco de evento cardiovascular é de 20%, a consulta médica será quadrimestral, consulta de enfermagem quadrimestral e consulta odontológica anual. Esta avaliação é muito importante porque de acordo com as necessidades e os resultados do acompanhamento da pessoa, esta poderá ser encaminhada para avaliação com o farmacêutico ou para orientações com nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico, conforme disponibilidade do serviço. Garantindo assim na prevenção de agravos e ou diagnóstico precoce das complicações desta doença.

Realizamos orientação nutricional para 100% dos usuários hipertensos, abordando a importância de levar uma alimentação saudável e os benefícios que essa mudança no modo e estilo de vida iria trazer para elevar a sua qualidade de vida e para o controle adequado da sua doença crônica não transmissível e de

outras doenças em geral. Para o cumprimento desta ação foram organizadas atividades educacionais em saúde, tanto individuais (na consulta, nas visitas domiciliares) como coletivas (grupos de hipertensos e familiares e sala de espera), onde esteve abordado este tema. Vale lembrar que uma alimentação equilibrada e saudável, evitando o consumo de sal, gorduras e frituras, aliada à prática de exercícios físicos trazem o equilíbrio perfeito para uma vida saudável. Devemos sinalizar como dificuldade que nunca foi disponibilizado um nutricionista para se envolver nestas atividades, mas a equipe em conjunto foi capaz de cumprir com esta tarefa segundo o cronograma.

O 100% dos usuários hipertensos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Mesmo sem contar com a presença de um professor de educação física, conseguimos promover a prática de caminhadas e hidroginástica dos pacientes numa área esportiva que fica perto de nossa comunidade. A atividade física pode reduzir a pressão arterial de pessoas hipertensas. Além disso, ajuda a reduzir a gordura corporal e aumentar a massa muscular, provocando o aumento do consumo de calorias pelo organismo. Em associação com uma alimentação adequada, ajuda a controlar o peso e combater a obesidade, importante fator de risco para a hipertensão arterial e outras várias doenças.

Garantimos que todos os hipertensos acompanhados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Todos os indivíduos hipertensos acompanhados receberam orientação sobre a higiene bucal, orientações as manifestações bucais dos pacientes que tomam anti-hipertensivos regularmente, como a xerostomia (boca seca), já que a saliva é uma proteção natural dos tecidos da cavidade oral, essa alteração provoca sensação de gosto metálico, redução ou perda de paladar e algumas úlceras (aftas). Além de receber as orientações educativas sobre a importância da higiene bucal, os nossos pacientes foram avaliados pelo dentista da UBS, que realizou um bom trabalho para conseguir elevar os indicadores ao longo do projeto, superando as dificuldades que tínhamos enfrentado (TREVELIN, 2013)(RESENDE , 2009)

Atenção aos pacientes diabéticos

GRAFICO 8

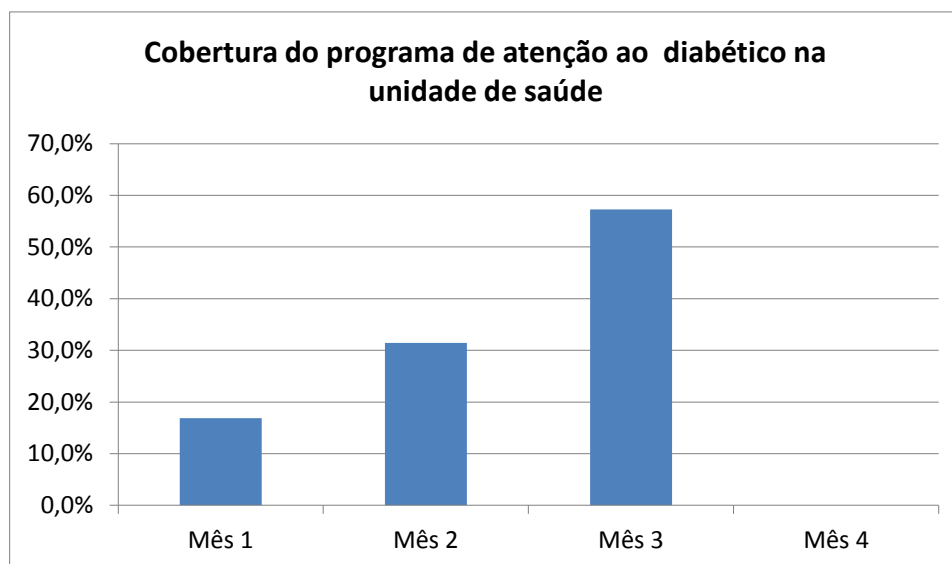


Gráfico 8 : Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na Unidade de Saude Boa Passagem. Caicó/RN 2015.

Meta: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Na área de cobertura da UBS temos 178 usuários diabéticos com 20 anos ou mais, e destes conseguimos cadastrar 102 (57%). Podemos observar que tivemos uma boa evolução ao longo da intervenção com um aumento gradativo em cada mês. Os resultados mostram que no primeiro mês a cobertura foi muito baixa, visto que dos 178 pacientes conseguimos cadastrar apenas 30 (16,9%), no segundo mês aumentou para 56 (31%) e no terceiro mês cadastramos 102 (57,3%) diabéticos (Gráfico 7), atingindo assim mais da metade da meta proposta, que era cadastrar o 80% dos pacientes diabéticos da área de abrangência.

Para o indicador de cobertura dos usuários, influenciou negativamente neste resultado a falta de registro e busca das pessoas pelos ACS durante as visitas

domiciliares no segundo mês, e pela necessidade de atualizar os cadastros dos pacientes de forma mais completa. Mas mesmo assim, o trabalho foi gratificante e muito responsável por parte de toda a equipe, que soube se superar as dificuldades e elevar os resultados no mês seguinte e nestes momentos o rastreamento pelos agentes comunitários de saúde ainda continua e o projeto já está estruturado na UBS e vai continuar se desenvolvendo.

GRAFICO 9

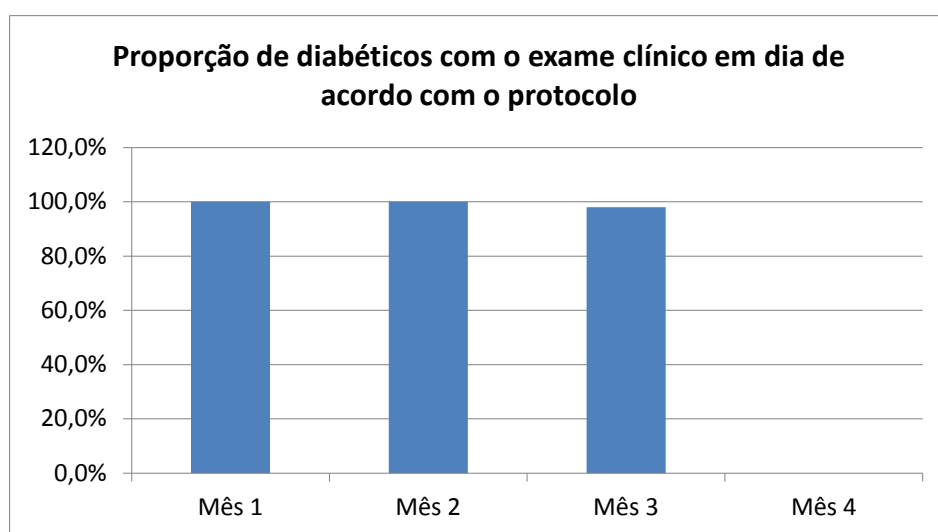


Gráfico 9: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o Protocolo. Caicó/RN 2015.

Meta: Garantir a 100% dos diabéticos a realização do exame clínico apropriado em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Os resultados obtidos foram muito bons, porque as consultas de acompanhamento destes usuários foram feitas segundo o protocolo, com exame físico completo e de qualidade, monitoramento, avaliação integral e acompanhamento. Observamos que durante o primeiro e o segundo mês, conseguimos atingir 30 e 56 usuários o que corresponde a 100%, no terceiro mês, este indicador diminuiu alcançamos 100(98%) (Gráfico 8), porque alguns que foram

detectados na busca ativa e cadastrados, ainda não tinham comparecido à consulta até a coleta dos dados para o estudo, eles foram atendidos durante as semanas seguintes a coleta de dados. Estes resultados mostram a importância e a necessidade deste tipo de projeto de intervenção na ESF para o correto cumprimento dos protocolos de atendimentos dos diabéticos, assim como a implantação de práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

GRAFICO 10

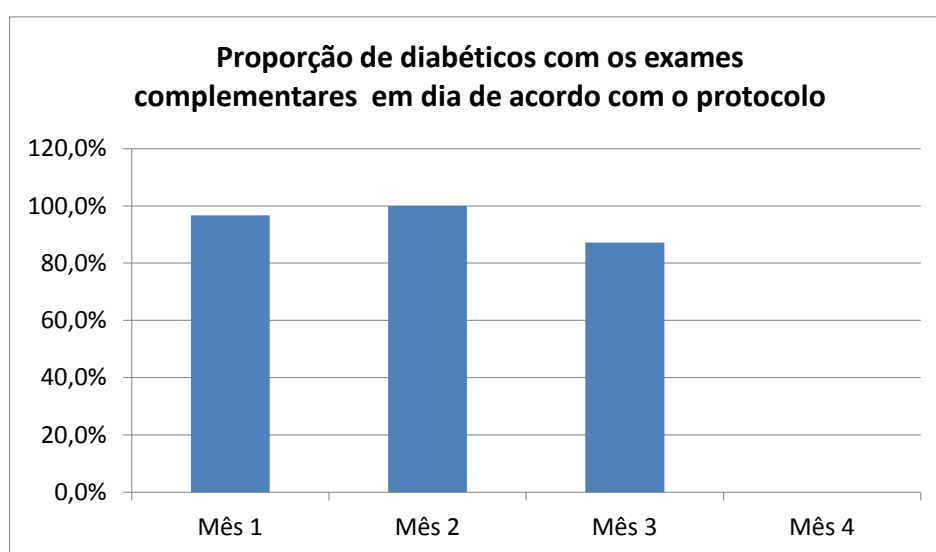


Gráfico 10: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Caicó/RN 2015.

Meta: Garantir aos 100% dos diabéticos a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Nele podemos observar bons resultados.

Durante a intervenção conseguimos atingir 29(96,7%) dos usuários durante o primeiro mês, isso foi possível porque na unidade contava com a consulta de acompanhamento dos hipertensos/ diabéticos e um grupo deles já tinha feito os exames ao início do ano. Durante o segundo mês atingiu 56 dos 56 cadastrados no mês(100%) porque já tínhamos conseguido estabilizar o projeto com adequado planejamento das consultas e pudemos avaliar resultados de exames que tínhamos solicitado no primeiro mês (Gráfico 9). No terceiro mês, observa-se uma queda 89

(87,3%), levando em consideração à demora na entrega dos resultados dos exames a intervenção obteve resultados muito positivos, a redução no último mês foi devido ao fato que os pacientes cadastrados ao final do fechamento do projeto, pela demora na entrega por parte da gestão, os resultados ainda não tinham sido avaliados. Mas como o projeto continua podemos afirmar que nos próximos meses teremos um crescimento da quantidade de pessoas com os exames clínicos em dia. Pois o projeto é um processo dinâmico e com seguimento constante.

GRAFICO 11

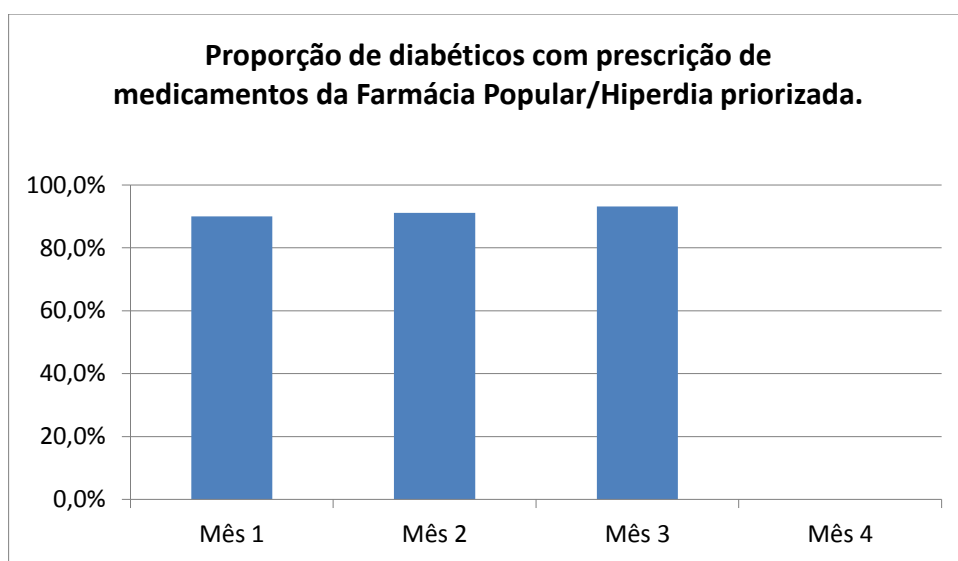


Gráfico 11: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia priorizada. Caicó/RN 2015.

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.

No primeiro mês da intervenção dos 30 usuários cadastrados 27 pacientes (90%) estavam com prescrição no segundo 51(91%) e no terceiro mês 95 (93,1%) (Gráfico 10), os resultados demonstram que quase a totalidade deles está recebendo os medicamentos na farmácia popular. Este indicador apresentou um aumento considerável com a chegada do Programa Mais Médicos porque nas consultas de acompanhamento foi divulgado este tipo de serviço de cadastramento na farmácia popular, oferecido pelo SUS que muitos pacientes desconheciam.

Também concluímos que nem todos os usuários que precisam tomar medicamentos conseguem realizar todo o tratamento medicamentoso através da farmácia popular, porque estas farmácias não têm disponibilizado de todos os medicamentos hipoglicemiantes e alguns pacientes tem que adquirir o tratamento nas farmácias que não tem este contrato com o SUS, sendo pessoas de escassos recursos na maioria dos casos. O número insuficiente de medicamentos hipoglicemiantes, que chegam mensalmente à UBS, e uma realidade e uma dificuldade que temos tido ao longo de nosso trabalho e que influi negativamente no controle adequado da doença e na aparição das complicações.

GRAFICO 12

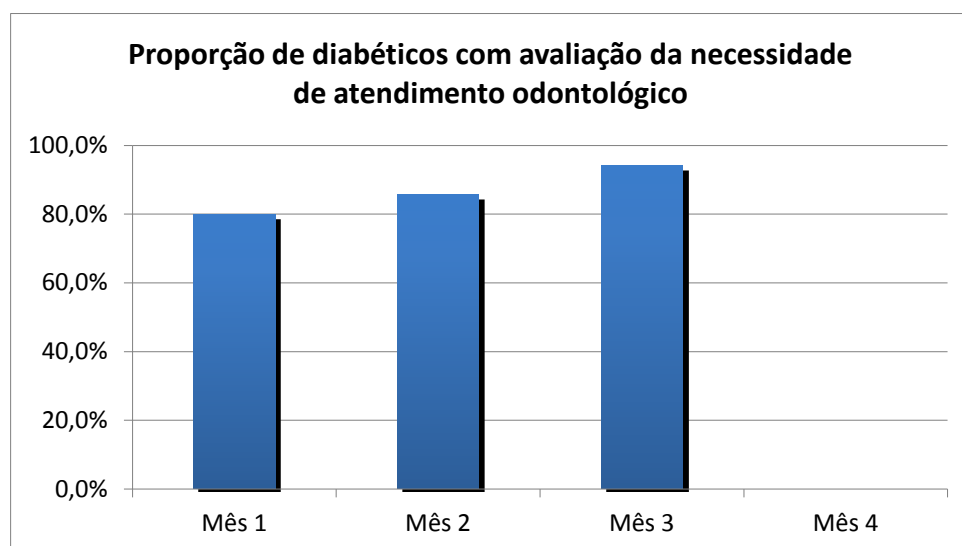


Gráfico 12: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Caicó/RN 2015.

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Antes da implantação do projeto tínhamos poucas vagas e muitas necessidades de atendimento odontológico, mas nas primeiras reuniões da equipe a dentista mostrou disposição para ajudar e avaliou 24(80%) dos usuários cadastrados, durante o primeiro mês de trabalho. Mas posteriormente entrou em greve e tivemos dificuldades para continuar esta ação pela descontinuidade no

atendimento odontológico, até que a gestão colocou um novo dentista e o atendimento odontológico melhorou notavelmente, ampliando as avaliações para 48 (85,7%) no segundo mês e 96 usuáriospacientes foram avaliados(94%) (Gráfico 11). Devo ressaltar o trabalho do novo cirurgião - dentista que mostrou interesse em trabalhar para proporcionar as vagas necessárias e conseguiu avaliar os pacientes que estavam pendentes de avaliação e assim aumentar este indicador. A atenção odontológica é importante para a qualidade de vida, prevenção de complicações da doença e compensação da glicemia do individuo portador de diabetes.

GRAFICO 13



Gráfico 13: Proporção de diabéticos faltosos á consulta com busca ativa. Caicó/RN 2015.

Meta: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Com relação ao indicador proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Nestes resultados devemos assinalar o trabalho dos ACS na comunidade porque eles foram os responsáveis de desenvolver esta atividade. Observa-se que com respeito aos diabéticos a busca de faltosos não se mostrou afetada ao longo do projeto. O cronograma foi cumprido com a busca de 100 % dos pacientes faltosos durante os três meses. Mesmo que os ACS deixaram de fazer esta tarefa para a pesagem das crianças, que por ser um menor número, eles

conseguiram fazer a busca ativa destes usuários, este indicador não foi tão afetado como para os hipertensos. Os resultados foram positivos e conseguimos resgatar no primeiro mês 10, e 8, 29 nos meses seguintes e colocar em dia as consultas de acompanhamento, a estratificação de risco e os exames de muitos diabéticos que não compareciam a consulta há anos.

GRAFICO 14

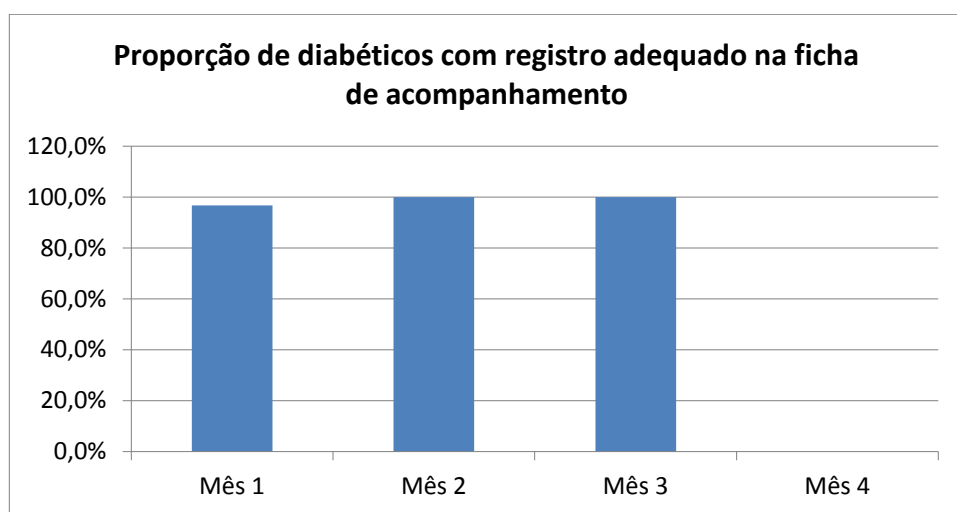


Gráfico 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Caicó/RN 2015.

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Mostra a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento (Gráfico 12).

Os resultados foram muito bons ao longo da intervenção, conseguimos atingir 29 (96,7%) no primeiro mês e com um bom trabalho em equipe fomos melhorando este indicador ao longo do projeto, atingindo a partir do segundo mês 56 usuários para um (100%) com o registro adequado nas fichas dos diabéticos, e 102 (100%) ao final da intervenção. Os atendimentos foram realizados de acordo com o protocolo, escutando a cada um deles, deixando o registro nos prontuários, indicando exames para quem precisasse, avaliando o risco cardiovascular, encaminhando quando necessário e com sequência de agendamento para a próxima

consulta, e sempre verificando a disponibilidade de medicamentos pela farmácia popular. Além de oferecer ações em educação em saúde, de forma individual com cada paciente para tentar promover mudanças no modo e estilo de vida dos diabéticos, assim como a realização de outras ações descritas no projeto.

Outros resultados:

O 100% dos usuários diabéticos realizaram estratificação de risco cardiovascular desde o primeiro mês da intervenção. Esta atividade está diretamente relacionada com os resultados satisfatórios de 100% dos usuários acompanhados e com ficha de acompanhamento em dia, tiveram o risco cardiovascular avaliado, estabelecido por meio do Escore de Framingham e de acordo com as necessidades individuais. Para os usuários com diabetes mellitus com escore de Framingham e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica. Os usuários com categoria com baixo risco de evento cardiovascular < 10%, a consulta médica é anual, consulta de enfermagem anual e consulta odontológica anual, com categoria moderado tem risco de evento cardiovascular 10% - 20%, a consulta médica deverá ser semestral, consulta de enfermagem semestral e consulta odontológica anual e para a categoria alto risco, o risco de evento cardiovascular é de 20%, a consulta médica serão quadrimestral, consulta de enfermagem quadrimestral e consulta odontológica anual. Esta avaliação é muito importante porque de acordo com as necessidades e os resultados do acompanhamento da pessoa, esta poderá ser encaminhada para avaliação com o farmacêutico ou para orientações com nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico, conforme disponibilidade do serviço. Garantindo assim na prevenção de agravos e ou diagnostico precoce das complicações desta doença.

Durante os três meses da intervenção 100% dos diabéticos cadastrados receberam informação sobre a importância de manter uma alimentação saudável e dos benefícios que essas mudanças ocasionam para o controle adequado da doença e para melhorar a sua qualidade de vida. Durante as consultas de acompanhamento, as visitas domiciliares e as atividades educativas na sala de espera primaram a promoção de saúde, procurando sempre incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis, para prevenção da obesidade, assim como garantir o

cuidado nutricional individualizado para a prevenção ou correção do excesso de peso, manutenção da glicemia, perfil lipídico e pressão arterial em níveis adequados, porque todos estes fatores tem que ser controlados para evitar o surgimento da diabetes mellitus ou evitar o descontrole metabólico da doença, uma vez que já estiver diagnosticada.

O 100% dos diabéticos cadastrados receberam orientações sobre a prática de atividade física regular e sobre os benefícios que os exercícios podem trazer para a saúde dos usuários com doenças crônicas, entre eles, a redução dos níveis de gordura corporal evitando outras doenças que acabam se ligando ao diabetes.

Também garantimos orientação sobre os riscos do tabagismo para 100 % dos diabéticos acompanhados. Nas consultas oferecíamos orientações para cessação do tabaco para todos os fumantes, os malefícios de fumar, além de que foram acrescentados materiais educativos para fornecer aos pacientes e visitas de acompanhamento. Está descrito na literatura que a aterosclerose ocorre de forma mais extensa e precoce nos diabéticos do que na população em geral. É bem conhecido o efeito aterosclerótico do fumo. O tabagismo é promotor da progressão da nefropatia diabética nos usuários portadores de diabetes mellitus.

Todos os usuários diabéticos acompanhados receberam orientação sobre a higiene bucal. Existem evidências científicas de que o diabetes tem importante influência das doenças bucais no controle da glicemia e o caminho inverso também acontece: o diabetes pode agravar a manifestação de algumas doenças bucais , portanto é fundamental que o diabético redobre sua atenção com a saúde bucal, como por exemplo: normalmente apresentam a boca seca (xerostomia) e possuem uma predisposição maior para infecções orais. Além de receber as orientações, os nossos usuários foram avaliados pelo dentista da UBS, que conseguiu elevar os indicadores ao longo do projeto, superando as dificuldades que tínhamos enfrentado inicialmente.

4.2 Discussão

Importância da intervenção para a equipe:

Na minha Unidade Básica de Saúde, a intervenção que teve como população alvo os usuários do Programa de hipertensão e diabetes, teve uma importância significativa em todos os sentidos, porque durante o seu desenvolvimento conseguimos implantar uma nova estratégia de trabalho, contribuindo para consolidar a união de todos os profissionais da UBS para ter um verdadeiro trabalho em equipe. Definiram-se as atribuições de cada membro, em relação com as ações que deviam desenvolver para alcançar as metas e os objetivos propostos durante o projeto, propiciou-se a realização de atividades que ampliaram a cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na área de cobertura, foi desenvolvida a busca de faltosos, alcançou-se uma melhora nos registros das consultas nos prontuários dos pacientes, aumentou-se a qualidade e regularidade das consultas de acompanhamento, exaltou-se a importância do exame físico completo com destaque para o exame dos pés dos diabéticos e conseguimos realizar e atualizar a estratificação de risco de ambos os grupos, aspecto importante para a avaliação, seguimento e prevenção das possíveis complicações nos diabéticos e hipertensos. Para mim, como profissional foi uma satisfação ter podido desenvolver o projeto na UBS, porque os resultados obtidos mostram que a intervenção realmente conseguiu melhorar a atenção dos diabéticos e hipertensos e incorporar a intervenção à rotina do serviço. Podemos concluir que, o cronograma foi cumprido; realizamos as reuniões de capacitação da equipe, assim como a reunião com a comunidade; implantamos a ficha espelho e foi feita a coleta e digitação dos dados para a planilha eletrônica, o acolhimento foi e continua sendo feito todos os dias da semana e nos dois turnos e as consultas foram e são feitas pelos profissionais com qualidade e responsabilidade.

Importância da intervenção para o serviço:

As doze semanas da intervenção foram muito importantes para o nosso serviço, pois antes da intervenção as atividades de atenção à saúde do usuário com Hipertensão e Diabetes eram concentradas só em mim e depois do desenvolvimento do projeto as atribuições da equipe foram reanalisadas e as consultas de acompanhamento destes pacientes foram feitas segundo o protocolo e em conjunto com o enfermeiro; trazendo uma melhoria do registro e o agendamento dos

Hipertensos e Diabéticos e a reorganização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

As consultas foram realizadas de forma mais aprofundada com exame físico completo e de qualidade, monitoramento, avaliação integral, seguimento e classificação de risco dos hipertensos e diabéticos, os quais têm sido cruciais para apoiar a qualidade do atendimento dos mesmos. Os resultados mostram a importância da necessidade deste tipo de projeto de intervenção na ESF para o correto cumprimento dos protocolos de atendimentos dos hipertensos, assim como a formação de práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e da recepção porque assim que o paciente chegar à UBS já tem que começar o processo de acolhimento para que ele possa se sentir bem recebido e orientado.

Nas reuniões conversamos sobre o projeto, sobre as expectativas, as dificuldades e sobre a necessidade de trabalhar em conjunto. Eu como médica da ESF e com o apoio do enfermeiro realizei as capacitações para as técnicas de enfermagens sobre a técnica correta de medida da pressão arterial e sobre a realização dos testes de hemoglicose. O enfermeiro reuniu-se com os ACS para discutir a atualização dos registros de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, orientou sobre a importância de busca ativa de faltosos, periodicidade das consultas e a importância da divulgação do projeto diretamente na comunidade, casa por casa, paciente por paciente. Eu e o enfermeiro fizemos os atendimentos de acordo com o protocolo, registrando nos prontuários os dados da consulta, resultados e pedidos de exames para quem precisasse.

Em todas as consultas foi feita a avaliação segundo a estratificação do risco cardiovascular; também fizemos encaminhamentos para os atendimentos odontológicos necessários e verificamos a disponibilidade de medicamentos, também oferecíamos ações em educação em saúde, de forma individual para cada indivíduo para tentar promover mudanças positivas no modo e estilo de vida destes

usuários. Também foram oferecidas pelos membros da equipe, palestras e outras atividades em educação de saúde na sala de espera para os hipertensos e diabéticos.

Todos os hipertensos e diabéticos, que chegarem à unidade foram bem acolhidos por todos os membros da equipe, mesmo que não tivessem consulta agendada no dia. Cada membro da equipe tem desempenhando as suas atribuições. Eu fiz as verificações das fichas espelho e inseri os dados na planilha eletrônica. O cirurgião-dentista também contribuiu ao desenvolvimento do projeto. Os agentes fizeram o cadastramento e busca ativa de diabéticos e hipertensos na área de saúde. As fichas espelhos foram disponibilizadas na sala de triagem de modo que todos os profissionais tinham acesso a elas. Cada micro área dispõe de uma pasta organizada com o registro dos usuários que foram cadastrados. A administradora disponibilizou as fichas espelhos em quantidade suficiente. Portanto, podemos dizer que cada profissional tinha conhecimento das atribuições que deviam realizar e mesmo com algumas dificuldades apresentadas durante a intervenção, o cumprimento destas atribuições foi muito bem executado.

Importância da intervenção para a comunidade:

Em minha opinião a intervenção foi de muita importância para a comunidade, eu fiquei contente porque os usuários reconheceram que a qualidade e a periodicidade das consultas tinham mudado. Segundo eles, antigamente as consultas para hipertensos e diabéticos, eram feitas sem planejamento e serviam para renovar receituário de medicamentos e atualmente com a implementação dos protocolos de Hipertensão e Diabetes pelo Programa Mais Médicos, as consultas começaram a ser feitas com qualidade, primando a escuta e o estabelecimento da relação medico-paciente, com exame físico, exames complementares, orientações de saúde, controle da disponibilização de medicamentos e agendamento da próxima consulta para garantir o adequado acompanhamento das pessoas e prevenir precocemente possíveis agravos.

As minhas visitas domiciliares em conjunto com os ACS, foram bem aceitas e os usuários foram aparentemente receptivos com as minhas indicações e recomendações, mesmo que com as atitudes irresponsáveis de alguns pacientes, eu

em algumas ocasiões fiquei surpresa pela pouca importância que esses pacientes dão para as suas doenças.

Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento estabelecida para eles, mas penso que o impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade em geral, e temos que trabalhar mais neste sentido educando a população porque a prioridade aos grupos tem gerado insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura. Continuamos realizando atividades de cadastramento procurando atingir todas as áreas de cobertura da UBS, e atividades educativas sobre hipertensão e diabetes, na sala de espera da unidade e orientando a comunidade em quanto à importância do adequado controle dos fatores de riscos destas duas doenças crônicas. O trabalho em equipe tem que continuar porque elevar a qualidade de vida e a educação em saúde na comunidade é um dos nossos principais objetivos como médico da atenção primária de saúde.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento:

Conhecendo melhor a comunidade teria sido mais fácil a discussão e programação das atividades que teria que desenvolver com a equipe. Também faltou uma maior articulação inicial com a comunidade para explicitar os critérios de priorização na atenção dos diabéticos e hipertensos. E faltou mais apoio da gestão, porém eu teria sido mais exigente desde o princípio da intervenção no caso que fosse a realizar ela de novo.

Durante o período da intervenção tivemos muitos problemas, por exemplo: falta de apoio da gestão, falta de vagas para fazer os exames complementares, falta de atendimento odontológico por um período, também falta de nutricionista e de professor de educação física, que nunca tivemos, além do déficit de medicamentos e as dificuldades apresentadas com a atualização do registro na área dos pacientes diabéticos e hipertensos pelos ACS, mais felizmente na minha unidade a realidade mudou no final da intervenção e a equipe de trabalho conseguiu se sensibilizar

novamente e conseguimos fazer um projeto sério e continuado, mantendo um bom rumo até o final da intervenção com bons resultados e boa evolução.

Acredito que a partir de agora, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/ que melhorias pretendem fazer na intervenção:

E muito importante o seguimento e monitoramento sistemático destes pacientes da área da UBS para elevar a sua qualidade de vida e evitar as complicações da hipertensão e a diabetes. Porém, o projeto não termina aqui este passo é só o começo na procura de uma saúde consciente e responsável, onde todos terão que fazer a suas tarefas segundo as suas atribuições, para conseguir mudanças no modo e estilo de vida dos diabéticos e hipertensos, com o objetivo de melhorar a vida de todos eles.

A intervenção já esta incorporada na rotina do nosso serviço e todas as ações continuam se desenvolvendo segundo o projeto. Agora temos que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco e ampliar a cobertura dos cadastramentos.

Quais os próximos passos:

Porem, os próximos passos serão continuar desenvolvendo a intervenção como rotina da unidade e seguir trabalhando na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos porque ainda não alcançamos as metas propostas e sabemos que existem muitos usuários na área que não foram identificados, portanto, teremos que fazer o um grande esforço para chegar ao cadastramento de 100% da população diabética e hipertensa da nossa comunidade. Também tomando este projeto como exemplo, desejaríamos aperfeiçoar outros programas na UBS, como atenção ao pré-natal, puerpério, saúde do idoso, saúde da criança e saúde do homem. Acho que o desenvolvimento de intervenções nestes programas na UBS, segundo os protocolos do Ministério da Saude, vai trazer consigo uma melhora importante na atenção destes grupos e ajudar na prevenção de complicações, contribuindo assim a elevar a qualidade de vida da população.

5. Relatório da intervenção para os gestores

Caro gestor,

Como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, EaD, da Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas foi desenvolvido um projeto com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos na Atenção Primária de Saúde na Unidade Básica de Saúde- UBS Boa Passagem, município Caicó/RN durante 12 semanas do ano de 2015.

Através deste projeto foi desenvolvida uma intervenção para aperfeiçoar a atenção aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes na unidade. Estas duas doenças têm fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis.

A intervenção teve uma importância significativa em todos os sentidos, porque durante o seu desenvolvimento conseguimos implantar uma nova estratégia de trabalho contribuindo para consolidar a união de todos os membros da equipe para ter um verdadeiro trabalho em equipe, definiram-se as atribuições de cada membro, em relação com as ações que deviam desenvolver para alcançar as metas e os objetivos propostos no projeto, a intervenção propiciou a realização de atividades que ampliaram a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos na área de cobertura, foi desenvolvida a busca de faltosos, alcançou-se uma melhora nos registros das consultas nos prontuários dos usuários, aumentou-se a qualidade e regularidade das consultas de acompanhamento, exaltou-se a importância do exame físico completo com destaque no exame dos pés dos diabéticos e conseguimos realizar e atualizar a estratificação de risco de ambos os grupos, aspecto importante para a avaliação, seguimento e prevenção das possíveis complicações nos diabéticos e hipertensos.

Os resultados obtidos ao final do período do Curso mostram que alcançamos uma boa evolução ao longo da intervenção conseguindo cadastrar 37% dos hipertensos e 57% dos diabéticos da área, para um 94% total de cobertura somando os usuários atendidos pelas duas doenças. E mais importante é o fato que as

consultas ganharam em qualidade e periodicidade e o trabalho mostra bons resultados. Os hipertensos e diabéticos, estão recebendo um atendimento integral, com o exame físico em dia de acordo com o protocolo, estratificação de risco, ficha de acompanhamento em dia, melhoras no atendimento odontológico e recebendo orientações sobre tabagismo, nutrição, atividade física e saúde bucal. Os resultados obtidos demonstram que na UBS conseguimos melhorar a atenção dos pacientes diabéticos e hipertensos e incorporar a intervenção à rotina do nosso serviço.

Mesmo sem alcançar a meta que nos tínhamos traçado (cadastrar 80% dos hipertensos e diabéticos) os resultados obtidos durante a intervenção foram satisfatórios e trouxeram benefícios para a população. Analisando alguns aspectos negativos devemos sinalizar que, além do trabalho do médico, do enfermeiro e da equipe, também precisamos de mais apoio da gestão para aumentar as vagas para a realização de exames laboratoriais e diminuir o tempo de entrega dos resultados, também diminuir o tempo de espera para as consultas com especialistas, que nestes momentos são muito demoradas e garantir a inserção de outros profissionais como nutricionistas e o profissional de educação física, que são muito importantes para melhorar a saúde da população. Também acho que o SUS precisa aperfeiçoar a qualidade dos técnicos e do processo de trabalho, assim como implantar protocolos segundo as particularidades de cada município e cada população e a gestão tem um papel fundamental neste sentido.

Além dessas sugestões, só tenho palavras de gratidão, porque algumas dificuldades não dependem unicamente da gestão e mesmo assim, na medida das suas possibilidades, sempre contamos com a boa vontade de apoio da gestão do nosso município.

6. Relatório da intervenção para a comunidade

Prezados integrantes da comunidade do Bairro Boa Passagem,

Como parte das nossas atividades como profissionais da saúde e de nosso aperfeiçoamento como integrantes do Curso de Especialização em Saúde da Família, toda a equipe trabalhou no desenvolvimento de um Projeto de Intervenção na Unidade Básica de Saúde- UBS Boa Passagem, município Caicó/RN, durante

três meses do ano de 2015, com o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos na nossa unidade. Este projeto é importante porque estas duas doenças constituem a primeira causa de hospitalizações e mortes no Brasil, além de diminuir a qualidade de vida de muitos pacientes e familiares. Entretanto algumas ações podem melhorar a saúde destas pessoas e a nossa intervenção realizou uma serie de ações para melhorar a saúde destes pacientes.

Estas ações foram muito bem aceitas pelos usuários que reconheceram que a qualidade e a periodicidade das consultas tinham mudado; segundo alguns integrantes da comunidade, antigamente as consultas para hipertensos e diabéticos eram feitas sem planejamento e serviam para renovar receituário de medicamentos e atualmente, com a implementação dos protocolos de Hiperdia pelo Programa Mais Médicos e pela intervenção, as consultas começaram a ser feitas com qualidade, primando a escuta e o estabelecimento da relação medico-paciente, com exame físico, exames complementares, orientações de saúde, controle da disponibilização de medicamentos e agendamento da próxima consulta para garantir o adequado acompanhamento e prevenir precocemente possíveis agravos. As minhas visitas domiciliares em conjunto com os ACS, foram bem aceitas e os pacientes foram receptivos com as minhas recomendações.

Os resultados obtidos ao encerramento da intervenção mostram que alcançamos uma boa evolução ao longo da intervenção.

Mesmo tendo obtido uma ampliação da cobertura do programa, ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem acompanhamento, porém devemos continuar realizando atividades educativas sobre hipertensão e diabetes, na própria UBS e na comunidade. Para isso contamos com o trabalho em conjunto equipe e população, acredito no trabalho em equipe e espero contar ainda mais com o apoio de cada um de vocês para seguir desenvolvendo esta intervenção e realizar outros projetos na UBS. Obrigada pelas suas mostras diárias de carinho e reconhecimento do trabalho realizado.

7- Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A intervenção tem representado para mim um aprendizado continuado e dinâmico em todos os sentidos: na aquisição de conhecimentos mais profundos sobre a hipertensão e a diabetes, na formação e amadurecimento no relacionamento medico-paciente e no aperfeiçoamento do trabalho em equipe. Além do que consegui desenvolver habilidades para implantar ações de saúde na comunidade e consegui envolver a comunidade nessas ações.

Na minha Unidade Básica de Saúde, identificávamos uma pequena adesão dos portadores de diabetes e hipertensão, em decorrência da perpetuação das práticas e adoção de estratégias de gestão, que se apresentavam insuficientes para um acompanhamento de qualidade e eficaz desses pacientes. No princípio do Programa Mais Médico, foi possível observar na equipe, a adoção de uma prática restrita no acompanhamento dos diabéticos e hipertensos, dentro do referido programa, herdada de outras práticas médicas e caracterizada predominantemente como um momento de prescrição/transcrição dos medicamentos com ênfase na garantia da terapia medicamentosa, e em menor proporção, no repasse de orientações, sendo estas pontuais e comuns a todos os usuários. Mas com o nosso trabalho diário e intercâmbio de ideias com a equipe e colegas do Curso e professores, foi possível fazer mudanças neste sentido. Hoje a consulta é diferente, existe relacionamento médico / paciente e a escuta é parte principal da consulta, assim como também o exame físico completo e as prescrições médicas, junto com o complemento de ação do protocolo de atenção aos hipertensos e diabéticos.

Atualmente o bom funcionamento da equipe é uma realidade diária, que possibilita satisfazer as necessidades do paciente e contribuir para o cuidado da saúde da população. Com o nosso projeto de intervenção podemos ajudar a melhorar a qualidade de vida dos diabéticos e hipertensos, assim como garantir melhor atenção, e evitar as complicações dessas doenças crônicas não transmissíveis, que são muito frequentes na população. Porém a intervenção é um processo dinâmico e contínuo que permanece se desenvolvendo e não vai deixar de se aperfeiçoar na nossa UBS e na prática diária.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
2. ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1337-49, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>. Acesso em: 28 set 2014.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Brasília, 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=240200&search=rio-grande-do-norte|caico|infograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria>. Acesso em: 28 set 2014.
5. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Atenção Básica do Sistema Único de Saúde- SIAB/SUS. Brasília (DF), 2014. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 26 set 2014.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde- SIH/SUS. Brasília (DF), 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisp.def>. Acesso em: 26 set 2014.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão em Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): 2009. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/16_politica_nacional_eps.pdf. Acesso em: 30 set 2014.
8. BOULTON, Andrew. Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. Diabetes Care, v. 31, n. 08, p.1679–85, 2008

9. CAICÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde (2014 – 2017), Caicó (RN): Secretaria Municipal de Saúde, 2014.
10. Benefícios da Atividade física no diabético. Disponível em: <http://prisciladiciero.com.br/blog/beneficios-da-atividade-fisica-ao-diabetico/>. Acesso em: 16 maio 2015.
11. PINTO, P C R. Tabagismo, hipertensão e diabetes – reflexões. Revista Brasileira de Clínica & Terapêutica 29 v.1, p.19-24, 2013.
12. ROSEMBERG J. Tabagismo: Panorama Global. Jovem Médico v 6, p. 14-17, 2001.
13. US Department of Health and Human Services. Health consequences of Smoking Cessation : A Report of the US Surgeon General. Washington DC, US Government Printing Office, 1990.
14. US Department of Health and Welfare. Smoking and Health: A Report of the Surgeon General. Washington DC, US Government Printing Office, 1979.
15. STEWART MJ, JYOTHINAGARAM S, MCGINLEY IM, PADFIELD PL. Cardiovascular effects of cigarette smoking: ambulatory blood pressure and blood pressure variability. J Hum Hypertens.;8, p. 19-22 1994
16. BENOWITZ NL. TOBACCO. In : Goldman L, Bennett JC, editors. Cecil Textbook of Medicine. 21st ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company p. 33-37, 2000.
17. CHASE PH, GARG SK, MARSHALL G, BERG CL, HARRIS S, JACKSON WE. Cigarette smoking increases the risk of albuminuria among subjects with type 1 diabetes. JAMA; 265 .p. 614-617. 1991
18. GOLDSTEIN MG, NIAURA R, WILLEY-LESSNE C, DEPUE J, EATON C, RAKOWSKI W. Physicians counseling smokers. A population-based survey of patient's perceptions of health care provider-delivered smoking cessation interventions. Arch Intern Med; 157 : p.1313-1319. 1997
19. TREVELIN Picolo Paulo Sergio. Saúde bucal x hipertensão e diabetes. Edição Nº 107 - Abril / 2013. Disponível em: <http://www.cabesp.com.br/Home/Materia/Visualizar/> Acesso em: 16 maio 2015.

20. Artigo Diabetes em Odontologia. Disponível em:
<http://www.institutosmile.com.br/index.php/diabetes-em-odontologia/>.
Acesso em: 16 Maio 2015.
21. RESENDE BRAGA EDUARDO. Reflexão da ação multiprofissional no hiperdia: saúde bucal, hipertensão arterial e diabetes mellitus, 2009. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acao_multiprofissional_hiperdia_eduardo_braga.pdf. Acesso em: 16 Maio 2015.

Anexos

Anexo A - Aprovação do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

A	B	C	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês															
Indicadores para Coleta de Dados	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre risco tabagismo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	259	JOAQUIM PEREIRA	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
	260	GILZA SILVA DO NASCIMENTO	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
	261	GERALDO FLORINDO DA SILVA	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	262	MARIA BERNARDETE BARROS	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	263	MIGUEL JOAQUIM NETO	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	264	MARIA DAS DORES DUARTE	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	265	FRANCISCA CIRILO DANTAS	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	266	JULIO DOS SANTOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	267	ARLINDO MONTEIRO DE OLIVEIRA	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	268	MARIA INES SOBRINHA	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	269	FLORA SILVA PEREIRA	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1
	270	MARIA IRASEMA SANTOS	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	271	MAURICIO BEZERRA DE ARAUJO	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	272	EDITE COSTA	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	273	REINALDO SILVESTRE	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	274	ALMIRA LOPES DE FRANCA	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	275	VALDIR EPAPINONDAS	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	276	MARCOS PEREIRA DE MEDEIROS	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1

Apresentação

Orientações

Dados da UBS

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Mês 4

Indicadores

60%

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Marta Mirailis Hernández Pérez, Médica, Especialista em Medicina Geral, CRM 2400059 Integral e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.